

# RAVITSEMUSKESKUSTELU ÄITIYSNEUVOLAN ENSIKÄYNNILLÄ

Niina Taimisto

Kliinisen ravitsemustieteen

pro gradu - tutkielma

Itä-Suomen yliopisto

Terveystieteen tiedekunta

Lääketieteen laitos

Marraskuu 2011

## ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO

Terveystieteiden tiedekunta, Kansanterveystieteen ja klinisen ravitsemustieteen yksikkö  
Ravitsemustiede

TAIMISTO NIINA H: Ravitsemuskeskustelu äitiysneuvolan ensikäynnillä

Pro gradu – tutkielma, 134 sivua ja 4 liitettä (7 sivua)

Ohjaajat: YTT Pirjo Lindfors, FT Outi Nuutinen, ETT Marja-Leena Ovaskainen  
Marraskuu 2011

---

Avainsanat: äitiysneuvola, ravitsemusohjaus, vuorovaikutus, keskustelunanalyysi

Tämä pro gradu – työ kuvaa ravitsemuskeskustelun sisältöä ja vuorovaikutusta äitiysneuvolan ensikäynnillä. Tutkimus on osa Ennaltaehkäisevä terveystyö neuvolassa: muuttuva asiakassuhde, tiimityö ja hyvinvointineuvolamalli – tutkimusprojektia. Aineisto koostuu kymmenestä videoidusta äitiysneuvolan ensikäynnistä neljän terveydenhoitajan vastaanotoilta kahdessa eri äitiysneuvolassa ja se on kerätty vuosina 2006 – 2007. Aineisto on analysoitu keskustelunanalyttisesti.

Terveydenhoitaja ja lasta odottava nainen tai pariskunta keskustelivat ravitsemuksesta vastaanotoilla keskimäärin 11 minuuttia 45 sekuntia. Terveydenhoitajat käyttivät asiakkaan ravitsemustottumusten selvittämisessä asiakkaan etukäteen täyttämää ”Odottavan äidin ja isän ruokailutavat ja tottumukset” – lomaketta. Terveydenhoitajat hyödynsivät myös ohjausta tukevia aineistoja ja esitteitä. Ravitsemuslomakkeen ja aineistojen käyttötavat olivat erilaisia terveydenhoitajien välillä. Toisessa neuvolassa raskausajan ravitsemuksen kieltoja ja rajoituksia koskeva ohje oli postitettu asiakkaille ennen vastaanottoa, eikä sen sisältöön palattu vastaanotolla välttämättä lainkaan. Näillä vastaanotoilla terveydenhoitajat selvittivät asiakkaiden ravitsemustottumuksia järjestelmällisesti ravitsemuslomakkeen avulla. Toisessa neuvolassa terveydenhoitajan ohjaus painottui sen sijaan vahvemmin kieltojen ja rajoitusten ohjeistamiseen. Terveydenhoitajien toimintatavat olivat erilaisia myös sen suhteen, kuinka he ravitsemuskeskustelun aikana huomioivat koko perheen tai puolison ravitsemustottumukset. Asiakkaiden esittämät kysymykset olivat harvinaisia ja vastaukset terveydenhoitajan tarjoamaan tietoon tai ohjeisiin lyhyitä.

Terveydenhoitajan toimintaa ohjasi pyrkimys jakaa asiakkaalle tietoa. Asiakkaan aikaisempia tietoja tai tiedon tarvetta terveydenhoitajat kysyvät vain harvoin. Terveydenhoitajat pitivät keskustelun kulkua hallinnassaan esittämällä kysymyksiä ja tuomalla siten uusia aiheita keskusteluun. Terveydenhoitajat antoivat tietoa esiin ottamistaan aiheista, mutta eivät yleensä tarjonneet varsinaisia konkreettisia ja yksilöllisiä ohjeita toimia esittämällään tavalla. Eniten konkreettisia toimintaan kehottavia ohjeita terveydenhoitajat esittivät ravintolisien käytöstä sekä raskauden aikaisesta painonlisäyksestä. Terveydenhoitajat käyttivät asiakkaan omaa valinnanvapautta korostavaa puhetta ja pidättäytyivät pääsääntöisesti arvioimasta asiakkaiden kuvauksia ravitsemustottumuksistaan. Terveydenhoitajien tarjoama ohjauksen sisältö oli pääsääntöisesti linjassa raskausajan ravitsemuksesta annettujen suositusten kanssa.

Tulosten perusteella ohjauksen sisältöön ja ravitsemuskeskustelun vuorovaikutusta ohjaa terveydenhoitajien ravitsemuslomakkeen hyödyntämisen järjestelmällisyys sekä raskausajan ruokavalion turvallisuutta käsittelevän lomakkeen käyttö. Ravitsemuslomakkeen ja ohjausaineiston kehittämisessä on tarpeen huomioida sekä niiden asiasisältö että vaikutus ravitsemuskeskustelun vuorovaikutukseen. Ravitsemuskeskustelun ajan rajallisuuden vuoksi huomiota tulisi kiinnittää myös terveydenhoitajien työtä ohjaavien suositusten tasolla siihen, mitä asioita ensikäynnillä tulisi käsitellä. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää äitiysneuvolan ravitsemusohjauksen sekä terveydenhoitajien perus- ja täydennyskoulutuksen kehittämisessä.

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND

Faculty of Medicine, Science of clinical nutrition as main subject

TAIMISTO NIINA H: Nutrition counseling at the first maternity clinics visit

Master's thesis, 134 pages, 4 appendixes (7 pages)

Tutors of the master's thesis: PhD Pirjo Lindfors, PhD Outi Nuutinen, PhD Marja-Leena Ovaskainen

November 2011

---

Keywords: maternity clinics, nutrition counseling, interaction, conversational analysis

The aim of this master's thesis is to describe the contents and integration of nutrition counseling during the first maternity clinics visit. This study is part of a larger research project on preventative health care in maternity clinics. The research data consists of ten videotaped initial maternity clinic appointments filmed between 2006 and 2007. Qualitative conversational analysis was used in this study.

During appointments the public health nurse and expectant mother or parents to be discussed nutrition issues for on average 11 minutes and 45 seconds. Public health nurses used a questionnaire to establish the clients' nutritional habits. The nurses also made use of different guidance materials. Variation on how nurses used the questionnaire and guidance materials was observed. In some maternity clinics nurses mailed a list of foods to avoid during pregnancy to clients prior to their visit. In these cases avoided foods were often not discussed and nurses discussed the clients' nutritional habits more systematically with the aid of the questionnaire. In another clinic nurse's guidance focused more on diet limitations than foods to avoid during pregnancy. There was no consensus on how nurses acknowledged the whole family's or fathers nutritional habits. Clients seldom asked questions and replied to offered information or advice briefly,

Generally the nurses' aim was broader to clients' nutrition knowledge. The clients' needs or previous knowledge was rarely asked. Nurses controlled the flow of conversation by asking a question and thus bringing up a new conversation topic. Nurses offered information about the subject, however usually did not offer concrete or individual advice on how to act. Concrete advice was most often given on the use of dietary supplements and the appropriate amount of weight gain during pregnancy. Nurses emphasized clients own discretion to act and generally withheld criticism of clients' nutritional habits. The content of the nutrition advice was generally in line with the official nutrition guidelines for pregnant women.

Based on the results the use of a questionnaire and a list of foods to avoid during pregnancy affects the contents and integration of nutrition counseling. In developing a questionnaire or education material close attention should be paid to their contents and impact on the integration of nutrition guideline during counseling. Because of the limited time to discuss nutrition issues during a consult, key items to address in initial consults should be considered in the recommendations. The results of this thesis can be used in the development of nutrition counseling in maternity clinic visits and nurses basic and further education.

# SISÄLTÖ

1 JOHDANTO .....	6
2 KIRJALLISUUS .....	8
2.1 Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa .....	8
2.1.1 Äitiys- ja lastenneuvolan merkitys kansanterveystyössä .....	8
2.1.2 Äitiys- ja lastenneuvolan toimintaa ohjaavat lait, asetukset ja suositukset .....	10
2.1.3 Äitiysneuvolan ensikäynti .....	11
2.1.4 Ravitsemusohjaus raskauden aikana .....	12
2.1.5 Asiakaskeskeisyys ja asiakkaan voimaantumisen tukeminen .....	14
2.2 Ravitsemus raskauden aikana .....	18
2.2.1 Energian tarve .....	18
2.2.2 Paino ja painonlisäys .....	19
2.2.3 Energiaravintoaineiden saantisuositus .....	23
2.2.4 Vitamiinien ja kivennäisaineiden saantisuositukset ja saanti .....	25
2.2.5 Ruokavalion koostaminen .....	29
2.2.6 Ruokavalio turvallisuus – raskauden ajan erityissuositukset .....	31
2.3 Äitiysneuvolan ravitsemusohjaustutkimukset ja -hankkeet .....	33
3 TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TUTKIMUKSEN TAVOITTEET .....	39
4 TUTKIMUSMENETELMÄT .....	40
4.1 Keskustelunanalyysin lähtökohtia .....	40
4.1.1 Vuorottelujäsennys .....	41
4.1.2 Sekvenssijäsennys ja vierusparit .....	43
4.2 Institutionaalinen keskustelu .....	44
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	46
5.1 Aineiston hankinta .....	47
5.2 Aineiston kuvaus .....	48
5.3 Ensikäynnin käytännöt ja kulku .....	50
5.4 Aineiston käsittely ja analyysin eteneminen .....	52
5.5 Eettiset näkökulmat .....	54
6 TULOKSET .....	55
6.1 Asiakasperheen ravitsemustottumusten selvittäminen .....	55
6.1.1 Ruokavaliohaastattelu ruoka-ainetasolla .....	58
6.1.2 Koko perheen ja puolison ravitsemusta selvittävät keskustelujaksot .....	65

6.2 Ohjausaineistot ravitsemusohjauksen tukena.....	71
6.2.1 ”Ravitsemuksesta raskauden ja imetyksen aikana” – ohje ravitsemusohjauksen tukena.....	73
6.2.2 Ruokaa kahdelle – oppaan käyttö ravitsemusohjauksessa .....	81
6.2.3 Ravitsemusohjausaineistojen vaikutus ohjaustilanteeseen.....	84
6.3 Ohjauksen vuorovaikutus ja sisältö .....	86
6.3.1 Asiakkaan aikaisemmat tiedot ja tiedon tarve .....	87
6.3.2 Ravitsemustottumuksia käsittelevä ohjaus .....	89
6.3.3 Raskauden aikaista painolisäystä käsittelevä ohjaus.....	90
6.3.4 Ravintolisien käyttöä käsittelevä ohjaus .....	94
6.3.5 Asiakas kysymysten esittäjänä.....	99
7 POHDINTA.....	102
7.1 Menetelmälliset lähtökohdat .....	102
7.2 Tutkimustulosten tulkinta .....	106
7.2.1 Ravitsemuskeskustelun sisältö ja vuorovaikutus.....	106
7.2.2 Äitiysneuvolan ravitsemusohjauksen kehittäminen ja tutkimustulosten hyödyntäminen .....	111
8 JOHTOPÄÄTÖKSET .....	115
LÄHTEET .....	117
LIITTEET.....	127
Liite 1 Äitiysneuvolan käynnit ja terveysneuvonta.....	127
Liite 2 Ravitsemuslomake .....	129
Liite 3 Litterointimerkit ja niiden selitykset .....	131
Liite 4 Ravitsemuksesta raskauden ja imetyksen aikana.....	132

## 1 JOHDANTO

Suomessa äitiysneuvolajärjestelmä on kattava ja tavoittaa lähes kaikki lasta odottavat perheet, perheen sosioekonomisesta asemasta riippumatta (Hakulinen-Viitanen ym. 2008). Äidin terveystilan ja raskauden etenemisen seuraamisen lisäksi se tarjoaa mahdollisuuden vaikuttaa koko perheen terveystottumuksiin. Äitiysneuvolan asiakkaat ovat usein nuoria aikuisia, joiden terveyttä edistävien elintapojen tukeminen on tärkeää myös kansanterveyden kannalta, sillä ehkäisemisen uskotaan olevan tehokkaampaa ja halvempaa kuin jälkeenpäin hoitamisen (Patja ym. 2009). Elintavoista ravitsemus ja tupakointi omaksutaan ja ne vakiintuvat tapoina jo paljon ennen kuin niistä seuraa riskitekijämuutoksia tai sairastumiseen johtavaa kehitystä. Äitiysneuvola tarjoaa mahdollisuuden elintapaohjaukseen ehkäisevästi, jo ennen kuin riskitekijämuutoksia on ehtinyt tapahtua.

Raskausajan ravitsemus vaikuttaa odottavan äidin hyvinvoinnin lisäksi myös lapsen kasvuun, kehitykseen sekä sairastumisriskiin (Hasunen ym. 2004, Rasmussen ja Yaktine 2009). Epidemiologisissa ja kokeellisissa tutkimuksissa on osoitettu, että sikiöaikainen ympäristö vaikuttaa kauaskantoisesti monien kroonisten sairauksien, kuten sydän- ja verisuonitautien sekä diabeteksen puhkeamisen riskiin lapsella (Barker ym. 1989, Harris ja Seckl 2011). Toisaalta sikiöaika on myös herkkä kehitysvaihe, jonka vuoksi raskauteen liittyy myös tiettyjä, lähinnä elintarviketurvallisuuteen liittyviä, ruoka-ainerajoituksia (Hasunen ym. 2004). Terveystta edistävät elintavat tulisi omaksua osaksi perheen arkea jo odotusaikana, sillä myös sikiöajan jälkeen koko perheen elintavat vaikuttavat lapsen terveyteen. Lapsen siirtyessä vauvaiän ruoista perheen yhteisiin ruokiin, ruokavalion ravitsemuksellinen laatu heikkenee (Kyttälä ym. 2008). Ruokailutottumukset myös muodostuvat varhain lapsuudessa ja säilyvät helposti myöhempään elämään, joten niillä voi olla terveyden kannalta pitkäaikaiset seuraukset (Birch ym. 1998).

Suurin osa äitiysneuvolan ensikäynnin tehtävistä hoidetaan keskustelun ja vuorovaikutuksen keinoin. Nykykäsityksen mukaan ohjauksessa tulisi pyrkiä toimimaan voimaannuttavan vuorovaikutuksen viitekehyksen mukaisesti, sillä pelkkä tiedon tarjoaminen ei riitä käyttäytymismuutokseen. Voimaannuttava vuorovaikutus tuo asiakkaan toiminnan keskiöön (Doss ym. 2011). Asiakas on oman elämänsä asiantuntija ja ammattilaisen tehtävänä on yhdenvertaisena toimijana auttaa asiakasta löytämään omat voimavaransa. Voimaannuttavassa vuorovaikutuksessa on keskeistä motivoiva työote, jossa ammattilainen tukee asiakkaan itsemääräämisen, kyvykkyyden ja yhteenkuuluvuuden tunteiden vahvistumista (Anglé 2010). Suomalaisia sairaanhoitajien antamaa terveysohjausta tarkastelevat

tutkimukset kuitenkin osoittavat, ettei asiakaskeskeinen toimintatapa toteudu ja vallitseva ohjauksen tapa on edelleen tiedon jakaminen ja suostuttelu (Kiuru ym. 2004, Kettunen ym. 2006, Poskiparta ym. 2006, Poskiparta ym. 2007).

Aikaisemmin suomalaisen äitiysneuvolan ravitsemusohjausta on tutkittu kyselytutkimuksilla sekä neuvoloiden hoitajilta että odottavilta äideiltä (Perälä ym. 1998, Piirainen ym. 2004, Huurre ym. 2006, Ilmonen ym. 2007). Tutkimusten mukaan äidit olivat tyytyväisiä saamaansa ravitsemusohjaukseen, vaikka sen todettiin painottuvan pääasiassa kieltoihin ja eri ruokien välttämissuosituksiin (Piirainen ym. 2004, Huurre ym. 2004). Terveystieteiden hoitajista vain pieni osa ilmoitti nykykäytäntöjen olevan hyvät (Piirainen ym. 2004). Keskeisimmiksi kehityskohdeiksi terveydenhoitajat mainitsivat oman tietämyksensä lisäämisen ja ravitsemuksen pääkohtien hallinnan (Ilmonen ym. 2007). Terveystieteiden hoitajat kaipasivat myös keinoja asiakkaan motivointiin ja yhteistyön edistämiseen perheen kanssa.

Opinnäytetutkimus on osa Tampereen kaupungin, Tampereen yliopiston sosiologian ja sosiaalipsykologian, terveystieteen sekä naistutkimuksen laitoksen tutkimusprojektia ”Ennaltaehkäisevä terveystyö neuvolassa: muuttuva asiakassuhde, tiimityö ja hyvinvointineuvolamalli”. Tämän opinnäytetutkimuksen tavoitteena on kuvata ravitsemusohjauksen tämän hetkisiä käytäntöjä äitiysneuvolan ensikäynnillä analysoimalla aidoista vastaanottotilanteista videoitua (n = 10) aineistoa. Tutkimukseni analyysissa sovellan laadullisen tutkimusmenetelmän, keskusteluanalyysin, periaatteita. Jotta ymmärrettäisiin, millaisista tekijöistä laadukas vastaanotto rakentuu ja kuinka vuorovaikutustapoja voidaan kehittää, tarvitaan sellaisia aineistoja ja menetelmiä, joiden avulla voidaan kuvata sitä, mitä vuorovaikutuksessa tapahtuu, miten se etenee, mitä siitä seuraa sekä sitä, millaiset seikat voivat vaikuttaa ongelmien syntymiseen vuorovaikutuksessa. Vastaavaa tutkimusta äitiysneuvolan ensikäyntien ravitsemusohjauksesta ei ole aikaisemmin tehty. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää äitiysneuvolan ravitsemusohjauksen sekä terveydenhoitajien perus- ja täydennyskoulutuksen kehittämisessä.

## 2 KIRJALLISUUS

### 2.1 Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa

#### 2.1.1 Äitiys- ja lastenneuvolan merkitys kansanterveystyössä

Neuvolatoiminnan pitkät perinteet ulottuvat aina maamme itsenäisyyden alkuaikoihin. Mannerheimin lastensuojeluliitto ja arkkiatri Arvo Ylppö perustivat ensimmäisen lastenneuvolan Helsinkiin vuonna 1922 (Korppi-Tommola 1990). Neuvolatoiminta levisi maanlaajuiseksi, kun laki kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista säädettiin vuonna 1944. Kunnat velvoitettiin palkkaamaan terveyssisaria ja kättilöitä. Uuden lain myötä imeväis- ja lapsikuolleisuus vähenivät nopeasti (Kuva 1). Suomi onkin ollut äiti- ja imeväiskuolleisuuden suhteen maailman parhaimpien maiden joukossa jo vuosikautia (OECD 2010). Vuonna 2009 alle 1-vuotiaita lapsia kuoli 158 (Tilastokeskus 2010). Imeväiskuolleiden määrä tuhatta elävänä syntynyttä lasta kohti oli 2,6. OECD – maiden imeväiskuolleisuutta koskevassa vertailussa Suomi sijoittuu viidenneksi (OECD 2010).



**Kuva 1.** Imeväiskuolleiden määrä tuhatta elävänä syntynyttä lasta kohti Suomessa vuosina 1900 – 2009 (Tilastokeskus 2010).

Suomessa äitiysneuvolapalveluja käyttävät lähes kaikki lasta odottavat naiset eli vuosittain vajaa 60 000 raskaana olevaa naista mahdollisine puolisoineen (Hakulinen-Viitanen ym. 2008). Palveluja on saatavilla noin 805 äitiysneuvolassa. Syntymärekisteritietojen perusteella vain 0,2 - 0,3 % perheistä ei käytä äitiysneuvolan palveluja. Äitiysneuvolan palveluja käyttä-



mättömät ovat joko erityisen hyväosaisia, jotka hakeutuvat yksityisten terveydenhoitopalvelujen piiriin, tai syrjäytyneitä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Syrjäytymisen taustalla on usein sosiaalisia tai kulttuurisia ongelmia (Hemminki & Gissler 2007). Osa palveluja käyttämättömistä on myös loppuraskauden aikana Suomeen muuttaneita. Äitiysneuvoloiden palveluja käyttäminen ei ole pakollista, mutta äitiysavustuksen saaminen edellyttää terveys-tarkastusta lääkärissä tai neuvolassa ennen neljännen raskauskuukauden päättymistä (Kansaneläkelaitos 2011).

Äitiysneuvolatyön vaativuus on lisääntynyt. Uusia ja sisällöllisesti varsin vaativia tehtäviä (esim. sikiöseulonnat ja sosiaaliin ongelmiin puuttuminen) kuuluu nykyisin äitiysneuvoloiden vastuulle (Hemminki ja Gissler 2007). Esimerkiksi raskaana olevien naisten päihteiden käyttö ja synnytysiän nousu ovat asioita, joiden seurauksiin terveydenhuollossa on kiinnitettävä entistä enemmän huomiota (Ritamo ym. 2010). Haasteina äitiysneuvoloille ovat myös hoidon jatkuva kehittäminen sekä ylipainon ja raskausdiabeteksen puhkeamisen ehkäisy ja hoito. Myös imetyksen tukeminen jo raskauden aikana on tärkeää, sillä suositus tukea täysimetystä 6 kuukauden ikään asti ja tämän jälkeen osittaista imetystä kiinteiden lisäruokien ohella yhden vuoden ikään saakka ei toteudu (Hasunen ym. 2004, Mäki ym. 2010). Imetys loppuu alle kolmen kuukauden iässä kuudesosalla vauvoista (Mäki ym. 2010).

Viime vuosina neuvolatyötä on pyritty suuntaamaan fyysisen terveyden tukemisen lisäksi psykososiaalisen tuen suuntaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Laajana terveystavoitteena Suomessa on myös terveyden eriarvoisuuden vähentäminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008). Jo odotusajalta lähtien alempien koulutusryhmien ja yksinhuoltajaperheiden huonommat elintavat uhkaavat vanhempien ja lasten terveyttä (Stakes 2008). Mitä matalampi on äidin sosioekonominen asema, sitä suurempi riski lapsella on syntyä ennenaikaisena (< 37 raskausviikkoa) ja olla syntyessään pienipainoinen (< 2500 g) (Gissler ym. 2009). Ylempään sosioekonomiseen luokkaan kuuluvat naiset ovat vanhempia ja hoikempia, heillä on vähemmän aikaisempia raskauksia, he elävät useammin parisuhteessa ja tupakoivat harvemmin kuin alempiin sosioekonomisiin luokkiin kuuluvat. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008) mukaan äitiys- ja lastenneuvoloiden tulee vahvistaa heikoimmassa sosioekonomisessa asemassa olevien vanhempien elintapaneuvontaa ja psykososiaalista tukea osana kokonaiselämäntilanteen selvittelyä.

## 2.1.2 Äitiys- ja lastenneuvolan toimintaa ohjaavat lait, asetukset ja suositukset

Kansanterveyslain (66/1972 ja 928/2005) mukaan kansanterveystyön järjestäminen on kunnan tehtävä. Raskaana olevien naisten ja lasta odottavien perheiden neuvolapalveluiden järjestäminen on osa kunnan kansanterveystyötä. Uusi terveydenhuoltolaki (1326/2010) ja sitä täsmentävä valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (VNa 380/2009, uusi numero 338/2011) ovat säädöspäätöksenä äitiysneuvolatoiminnan järjestämiselle. Uuden neuvolaasetuksen (VNa 338/2011) tarkoituksena on äitiysneuvolatoiminnan osalta varmistaa, että lasta odottavien naisten ja perheiden ”terveysneuvonta ja terveystarkastukset ovat suunnitelmallisia, tasoltaan yhtenäisiä ja yksilöiden ja väestön tarpeet huomioon ottavia kunnallisessa terveydenhuollossa”. Tavoitteena on ottaa huomioon yksilön ja väestön tarpeet, vahvistaa terveydenedistämistä ja varhaista tukea sekä tehostaa syrjäytymisen ehkäisyä ja terveyserojen kaventamista. Asetuksen mukaan lasta odottavan perheen molemmat vanhemmat on otettava huomioon ja terveysohjausta on tarjottava molemmille vanhemmille. Äitiysneuvolan tulee tarjota tietoa myös raskausajasta ja siihen liittyvistä riskeistä, synnytyksestä ja lapsen hoidosta sekä odotusaikaan ja synnytykseen mahdollisesti liittyvistä mielenterveyden muutoksista.

Valtioneuvoston asetus 338/2011 neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta astui voimaan 1.7.2009. Velvoitetut määräaikaisterveystarkastukset tuli olla järjestettyinä viimeistään 1.1.2011. Uuden asetus velvoittaa äitiysneuvoloita järjestämään on yhden laajemman terveystarkastuksen, jossa ”äidin ja sikiön terveydentilan tutkimisen lisäksi selvitetään perheen hyvinvointia haastattelulla ja tarvittaessa muilla menetelmillä”. Lisäksi äitiysneuvolan on järjestettävä vähintään yksi kotikäynti ja moniammatillisesti toteutettua perhevalmennusta ainakin ensimmäistä lasta odottaville tai ensimmäisen lapsen saaneille perheille. Uusi terveydenhuoltolaki (1326/2010) ja sitä täsmentävä valtioneuvoston asetus 338/2011 antavat säädöspäätöksen äitiyshuollon suositusten päivittämiseksi (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2011). Terveyden ja hyvinvoinninlaitos on asettanut Kansallisen äitiyshuollon asiantuntijaryhmän. Ryhmän tavoitteena on, että suositukset valmistuvat vuonna 2012 ja ne otetaan käyttöön vuonna 2013. Edelliset äitiyshuollon suositukset ovat vuodelta 1999 (Viisainen ym. 1999).

Voimassa olevien suositusten mukaan ensi- ja uudelleensynnyttäjille suositellaan kolmea raskaudenaikaista ja yhtä synnytyksen jälkeistä lääkärintarkastusta (Viisainen 1999). Terveydenhoitajien ensisynnyttäjille tekemien määräaikaistarkastusten vähimmäismääräksi

suositellaan 13 – 17 käyntiä ja uudelleensynnyttäjille 9 – 13 käyntiä. Näihin lukuihin sisältyy myös kaksi synnytyksen jälkeistä käyntiä. Äitiysneuvolakäynneillä ensi- ja uudelleensynnyttäjien terveysohjauksen aihepiirit ilmenevät liitteestä 1. Ensikäynnillä esitietojen selvittely, odottavan naisen terveydentilan ja terveystottumusten kartoittaminen ovat keskeisin vastaanoton sisältö. Suosituksen mukaan raskauden edetessä asiakkaan tarpeet määrittelevät vastaanoton sisältöä, kun ensikäynnillä käsiteltävät aiheet ovat tarkasti määritelty. Raskauden edetessä korostuu erityisesti synnytykseen valmistautuminen. Sosiaalietaudet, imetys, lapsen syntymän aikaansaama muutos perheessä, henkinen jaksaminen sekä seksuaalisuus ovat esimerkkejä muista asiasisällöistä, joita äitiysneuvolassa käsitellään.

Lapsen syntymän jälkeen perheet siirtyvät äitiysneuvolasta lastenneuvolan asiakkaiksi. Vuonna 2004 uudistetun Lastenneuvola lapsiperheen tukena – oppaan (STM 2004) mukaan äitiys- ja lastenneuvolassa tulee kiinnittää erityistä huomiota siirtymävaiheeseen etenkin silloin, jos terveydenhoitaja vaihtuu. Oppaan suosituksen mukaan terveydenhoitaja tutustuu lapsen perheeseen jo odotusaikana.

### **2.1.3 Äitiysneuvolan ensikäynti**

Ensimmäiselle raskauden seurantakäynnille tullaan, kun kuukautiset ovat selvästi myöhässä ja raskaustesti näyttää positiivista (Nuortila 2007). Tavallisimmin ensikäynti ajoittuu raskausviikoille 8 – 12. Ensimmäiselle käynnille varataan vähintään tunnin aika. Tutustuminen ja luottamuksellisen sekä vuorovaikutuksellisen yhteistyösuhteen muodostaminen on ensikäynnillä tärkeää. Terveydenhoitajat pitivätkin Kurosen (1993) tutkimuksessa raskauden ajan ensikäyntiä hyvin merkittävänä asiakassuhteen luomisen tilanteena, joka oli edellytys koko asiakkaan kanssa tehtävän työn onnistumiselle. Ensimmäisellä käynnillä terveydenhoitaja kartoittaa esitiedot (Taulukko 1), joiden perusteella voidaan alustavasti suunnitella jatkokäyntien tiheyttä (Nuortila 2007).

**Taulukko 1.** Esitiedot ensimmäisellä käynnillä (Nuorttila 2007).

---

Sosio-ekonominen asema
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ikä</li> <li>• Siviilisääty, sosiaalinen tilanne</li> <li>• Ammatti, työolot</li> </ul>
Ehkäisy ja raskaus
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ennen raskautta käytössä ollut ehkäisymenetelmä ja sen lopettamisajankohta</li> <li>• Kuukautisanamneesi, viimeisten kuukautisten alkamisajankohta ja sen mukainen laskettu aika</li> <li>• Raskaustestien tekopäivämäärät</li> <li>• Aikaisempien raskauksien ja synnytyksien kulku ja lukumäärä</li> </ul>
Sairaushistoria
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aiemmin sairastetut ja tällä hetkellä sairastettavat vaikeat krooniset sairaudet ja sukupuolitaudit</li> <li>• Suvussa esiintyvät perinnölliset sairaudet</li> </ul>
Terveyskäyttäytyminen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ravinto</li> <li>• Liikunta</li> <li>• Hampaiden hoito</li> <li>• Tupakka, alkoholi ja muut päihteet</li> </ul>

---

#### 2.1.4 Ravitsemusohjaus raskauden aikana

Perheen ravitsemuksesta puhuminen on luonteva osa neuvolakäyntiä (Lastenneuvola lapsiperheen tukena, STM 2004). Neuvolassa on mahdollista vaikuttaa perheen ruokakäyttäytymiseen ja ohjauksen tarkoituksena onkin turvata koko perheen terveyttä edistävä ravitsemus makunautintoa unohtamatta. Neuvolassa ongelmiin voidaan myös puuttua varhaisessa vaiheessa ja päästä näin parhaaseen tulokseen. Ohjauksen lähtökohtana on yksilöllisyys, joustavuus ja perhekeskeisyys.

Äitiysneuvoloissa ravitsemusohjauksen perustana ovat Ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemussuositukset (2005). Suosituksissa raskaana olevat ja imettävät naiset on otettu erillisryhmänä huomioon. Ravitsemussuosituksia täydentää käytännönläheinen ohjeistus odottavien ja imettävien naisten sekä lasten ravitsemuksesta (Hasunen ym. 2004). Ravitsemusohjaus jaksetaan yksilöllisesti sopiviksi kokonaisuuksiksi raskauden kulun mukaan eri käyntikerroille (Taulukko 2) (Hasunen ym. 2004). Alkuraskauden käynneillä on tarkoitus selvittää asiakkaan ravitsemustila ja ruokavaliota yleisesti sekä painohistoria. Näiden pohjalta arvioidaan neuvonnan tarvetta ja laaditaan suunnitelmat yksilölliseen tarpeen mukaan. Raskauden ajan ruokarajoitukset ja ravintoainetäydennykset ovat myös ajankohtainen asia alkuraskaudessa. Keskiraskauden käynneillä kiinnitetään huomiota ruokavalion monipuolisuuteen ja ateriarvotmiin sekä painonnousuun. Tässä vaiheessa aletaan puhua myös

imetyksestä. Loppuraskaudessa käynneillä keskitytään painonnousuun, turvotuksiin ja mahdollisiin ravitsemuspulmiin.

**Taulukko 2.** Ravitsemusohjauksen keskeinen sisältö raskauden aikana (Hasunen ym. 2004).

<b>Alkuraskauden käynnit</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ravitsemustilan ja ruokavalion yleinen selvittäminen</li> <li>• Lähtöpaino, nykypaino, painohistoria ennen raskautta (laihutus), painonhallinta</li> <li>• Hemoglobiini</li> <li>• Mahdollinen erityisruokavalio</li> <li>• Neuvonnan ja tuen tarpeen selvittäminen</li> <li>• Yksilöllisen neuvonnan suunnittelu</li> <li>• Raskauden ajan ruokarajoitukset ja ravintoainetäydennykset</li> <li>• Ravitsemuspulmat, esim. pahoinvointi ja ummetus</li> </ul>
<b>Keskiraskauden käynnit</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Äidin ruokavalion seuranta</li> <li>• Monipuolinen ruokavalio, riittävä kasvien, marjojen ja hedelmien osuus, rasvan laatu ja suola</li> <li>• Ateriarytmi</li> <li>• Vitamiini- ja kivennäisainevalmisteiden käyttö ja tarve</li> <li>• Närästys ja muut ravitsemuspulmat</li> <li>• Raskauden ajan painonnousu</li> <li>• Tarvittaessa hemoglobiini</li> <li>• Imetykseen valmistaminen ja motivointi</li> </ul>
<b>Loppuraskauden käynnit</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Painonnousu, turvotukset</li> <li>• Loppuraskauden ravitsemuspulmat: närästys, täyttymisen tunne ja ummetus</li> </ul>

Hasunen ja työtovereiden (2004) suositus sisältää myös kappaleen perheiden ravitsemuskasvatuksen toteuttamisesta. Suosituksessa termillä ravitsemuskasvatus tarkoitetaan ravitsemukseen liittyvän valisusta, opetusta ja neuvontaa. Suosituksessa käsitteitä ohjaus ja neuvonta käytetään rinnakkain. Näiden käsitteiden käytön epäselvyys on yleistä kirjallisuudessa ja neuvontatermiä käytetään useissa yhteyksissä uudesta Terveystieteiden tutkimuskeskuksesta (1326/2010) lähtien. Yhden näkemyksen mukaan ohjaus kuitenkin eroaa neuvonnasta juuri siten, että siinä pidättäydytään suorien neuvojen antamisesta (Vehviläinen 2001a). Suorien neuvojen antamista taas voidaan pitää rutiininomaisena ja ammattilaislähtöisenä tapana toimia vuorovaikutustilanteessa.

### 2.1.5 Asiakaskeskeisyys ja asiakkaan voimaantumisen tukeminen

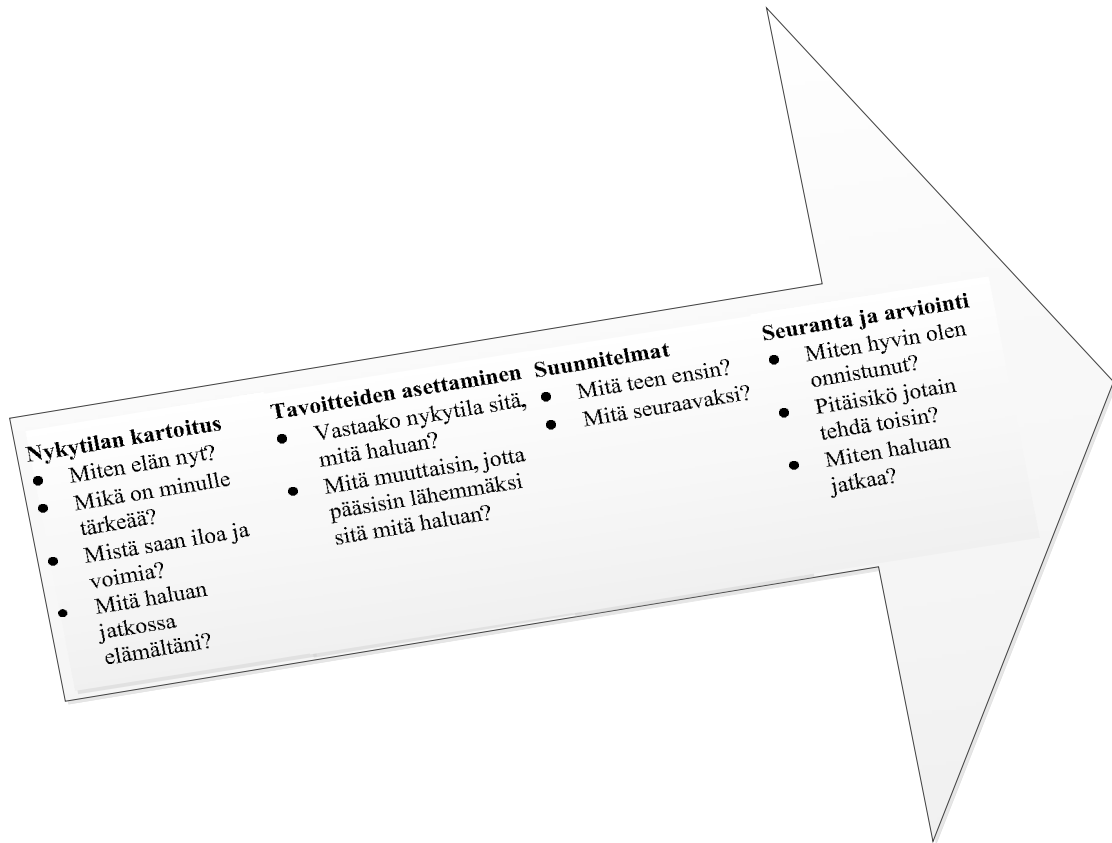
Asiakas-, potilas- tai perhekeskeinen lähestymistapa sekä asiakkaan voimaantumisen (empowerment) tukeminen ovat jo pitkään olleet osa terveydenhuollon asiantuntijuutta, jotka vaikuttavat terveydenhuollon henkilökunnan ja potilaiden välisiin suhteisiin ja sitä kautta myös vuorovaikutukseen (Tuorila 2009). Potilaskeskeistä työskentelytapaa ja voimannuttavaa otetta on vuorovaikutusideologioina konkretisoitu monissa ohjeellisissa teksteissä, terveydenhuollon käytännöissä ja poliittisissa linjauksissa (Peräkylä ja Vehviläinen 1999, Tuorila 2009).

Potilas- ja asiakaskeskeisyydellä tarkoitetaan sitä, että potilaalla on aktiivinen rooli, hän on yhdenvertainen terveydenhuollon ammattilaisen kanssa ja osallistuu häntä koskevien hoitopäätösten tekemiseen (Doss ym. 2011). Toimivassa asiakassuhteessa osapuolet kunnioittavat toisiaan ja toistensa asiantuntemusta (Tuorila 2009). Lastenneuvolatoimintaa ohjaavan suosituksen Lastenneuvola lapsiperheiden tukena – oppaan (STM 2004) mukaan ”perheen elämäntilanne ja vanhempien ilmaisemat päällimmäiset tarpeet tai huolet otetaan kulloisenkin tapaamisen lähtökohdaksi”. Perhekeskeisyyden näkökulmassa otetaan lasta odottavan naisen sijaan huomioon kokonaisvaltaisesti koko perhe, jonka tieto ja taito oman perheensä asiantuntijoina on toiminnan lähtökohta.

Asiakaskeskeisyys ja asiakkaan voimaantuminen ovat toisiaan täydentäviä käsitteitä (Holmström ja Röing 2010). Voimaantuminen on vastine englanninkieliselle empowerment-termille, joka käännetään usein myös valtaistamiseksi (Tuorila 2009). Voimaantuminen lähtee ihmisestä itsestään, eikä sitä voi toinen ihminen tuottaa (Anderson ja Funnell 2010). Potilaan tai asiakkaan voimaantuminen tarkoittaa sitä, että hänen kykynsä ajatella kriittisesti lisääntyy ja hän tekee itsenäisiä, perusteltuja päätöksiä oman tilansa tai sairautensa huomioiden. Voimaantuminen tapahtuu luontevimmin sellaisessa ympäristössä, jossa ihminen kokee ilmapiirin turvalliseksi, itsensä hyväksytyksi ja asemansa tasa-arvoiseksi (Tuorila 2009, Holmström ja Röing 2010). Laadukas ja ymmärrettävä tieto auttaa potilaita osallistumaan ja sitoutumaan omaan hoitoonsa ja tekemään perusteltuja päätöksiä (Tuorila 2009, Doss ym. 2011). Riittävän tiedon omaksumisen myötä potilaat kykenevät edistämään terveyttään ja elämänlaatuaan sekä toimimaan terveydenhoitoalan ammattilaisten rinnalla. Ratkaisevan tärkeää potilaiden saamassa tiedossa on sen ymmärrettävyys. Epäselvän tiedon tarjoaminen estää potilaiden voimaantumista ja ylläpitää ammattilaislähtöistä toimintamallia.

Voimannuttavassa otteessa keskeistä on asiakkaan sisäisen ja kestävä motivaation löytäminen ja tätä tuetaan vahvistamalla asiakkaan itsemääräämisen, pystyvyyden ja

yhteenkuuluvuuden tunnetta (Absetz 2010, Anglé 2010). Voimaannuttavassa vuorovaikutuksessa ammattilainen tuo asiakkaan keskiöön, auttaa asiakasta puhumaan itselleen tärkeistä asioista ja havaitsemaan omat keskeiset vahvuutensa ja haasteensa (Kuva 2) (Absetz 2010). Neuvojen sijaan esitetään muutosehdotuksia tarjoamalla erilaisia vaihtoehtoja ja korostamalla valinnanvapautta (Anglé 2010). Asiakkaalla tulee olla mahdollisuus itse arvioida ja lausua ääneen muutoksen tekoon ja nykytilan jatkumiseen liittyviä hyötyjä ja haittoja ilman ammattilaise tuomitsevaa asennetta (Absetz ja Hankonen 2011). Asiakkaan aiemmasta toiminnasta nousevat konkreettiset, toiminnalliset tavoitteet ja niiden toteutukseen liittyvät tarkat suunnitelmat lisäävät onnistumista elintapamuutoksissa. Päähuomio kohdistetaan tavoitteisiin, toivottuun tulevaisuuteen, voimavaroihin ja edistymiseen (Anglé 2010). Ammattilaisen tehtävänä on etsiä, tehdä näkyvämmäksi ja vahvistaa asiakkaassa jo olemassa olevaa hyvää. Samalla hän auttaa asiakasta pilkkomaan itse asettamia tavoitteita niin pieniin osiin, että onnistumisen kokemuksen mahdollistuvat ja lisäävät kyvykkyyden tunnetta. Kykyihinsä uskova asiakas panostaa muutosityrityksiin sinnikkäämmin, eikä helposti lannistu vastoinkäymisistä ja mahdollisista repsahduksistaan (Absetz ja Hankonen 2011). Käytännössä voimaannuttava terveysohjaus on asiakkaan kunnioittamista, aktiivista kuuntelua, avointen kysymysten esittämistä, reflektointia ja yhteenvetojen tekemistä (Absetz 2010). Aktiivisella kuuntelulla osoitetaan, että asiakas on tärkeä. Avoimilla ja refleктоivilla kysymyksillä kannustetaan asiakasta kertomaan tarkemmin ja kuvailemaan lisää. Ne ohjaavat potilasta kuulostelevaan itseään ja viestivät siitä, että potilaan mielipiteellä on keskustelussa arvoa (Kettunen 2001). Myös asiakkaan ohjaaminen oman käyttäytymisen seurantaan ja erilaisten asiakasta koskevien testitulosten käyttö ovat hyviä tekniikoita elintapamuutoksiin tähtäävässä ohjauksessa (Absetz ja Hankonen 2011). Ohjauksen tuloksellisuutta voidaan lisätä vielä sillä, että tuloksista nousevia havaintoja tarkastellaan ja seurataan tulevissa asiakastapaamisissa.



**Kuva 2.** Asiakasta motivoivan ohjauksen runko (mukailtu Absetz 2010).

Jallinoja ja työtoverit (2007) tutkivat kyselytutkimuksella Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri alueella 220 perusterveydenhuollossa työskentelevän lääkärin ja hoitajan näkemyksiä potilaan ja ammattilaisen rooleista elintapatekijöistä riippuvien sairauksien hoidossa ja riskitekijöiden hallinnassa. Suurin osa oli sitä mieltä, että tiedon tarjoaminen, potilaan motivointi ja tukeminen elintapamuutoksissa oli osa heidän työnkuvaansa. Kuitenkin vain noin puolet piti omia ohjauskykyjään riittävinä elintapamuutosten ohjaamisessa. Suomalaisia sairaanhoitajien antamaa terveysohjausta tarkastelevat tutkimukset, jotka ovat osa laajaa elämäntapaneuvontaa koskevaa seurantatutkimusta, osoittavat puutteita potilasohjauksen sisällössä (Kiuru ym. 2004, Kettunen 2001, Kettunen ym. 2006, Poskiparta ym. 2006, Poskiparta ym. 2007). Tutkimusten aineisto koostuu perusterveydenhuollossa videoidusta ohjaustuokioista potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten välillä. Tutkimustulosten mukaan yksilön tavoitteista lähtevät toimintatavat ja asiakkaan motivointi elintapamuutokseen eivät toteudu



ohjauskäytännöissä. Vallitseva ohjauksen tapa on edelleen tiedon jakaminen ja suostuttelu (Kiuru ym. 2004), jossa asiantuntija laatii usein keskustelua koskevat suunnitelmat ja esittää ne potilaalle (Kettunen 2001). Kuitenkin ammattilaisen vastaan väittäminen, varoittelu ja johtaminen on todettu olevan yhteydessä heikompiin tuloksiin elintapamuutoksissa (Absetz ja Hankonen 2011). Lisäksi ohjaajan tuomitsevilla asenteella ja sekä suostuttelulla on psykologisia haittavaikutuksia. Epäonnistunut motivointi näyttäytyy potilaiden muutoshaluttomuutena, jota ammattilaiset pitävät keskeisenä esteenä elintapamuutoksille (Jalilinoja ym. 2007). Terveystenhoito henkilöstön ja potilaiden vuorovaikutusta kuvanneet tutkimukset antavat selkeitä viitteitä terveydenhoito henkilöstön ohjaustaitojen kehittämiseksi (Kiuru ym. 2004, Poskiparta ym. 2006, Kasila ym. 2009).

Terveystenhoidossa edelleen voimakkaasti elävän ammattilaislähtöisen neuvomisyrittämisen ja asiakkaan voimaantumista tukevan asiakaslähtöisyyden välillä on ristiriita (Vehviläinen 2001b). Ammattilais – asiakastilanteissa, kuten esimerkiksi äitiysneuvolan vastaanotolla, neuvominen koetaan edelleen keskeiseksi ammattilaisen tehtäväksi, jota varten tilanteessa ollaan. Äitiysneuvolassa raskaana olevan naisen katsotaan olevan kategorisesti neuvojen tarpeessa ja neuvonta on ainakin jossakin määrin ennalta määriteltä ja tapahtuu usein pyytämättä. Asiantuntijana terveydenhoitaja tekee työtään tukeutuen tietoon, jonka katsotaan olevan auktoritatiivista suhteessa asiakkaan tietoon. Ongelmalliseksi neuvon tarjoamisen tekee se, että se vihjaa, että neuvojalla olevan tietoa, taitoa tai vaihtoehtoinen näkökulma, joka neuvottavalta puuttuu (Vehviläinen 2001b). Neuvonnan vastaanottaja voi kokea neuvonnan uhkaavan hänen moraalista arvoaan ja identiteettiään vielä syntymättömästä lapsestaan kaikin tavoin huolehtivana, raskaana olevana naisena (Strong 1979). Neuvonnan vastaanottaja voi kokea tulleen loukatuksi, tulkita neuvon oman toimintansa kritisoinniseksi tai kokea ongelmanratkaisukykynsä puutteelliseksi ja torjua tarjotun neuvon (Strong 1979, Heritage ja Sefi 1992).

## 2.2 Ravitseminen raskauden aikana

Ravitsemusta koskevassa kirjallisuuskatsauksessani keskityn eri ravitsemustekijöiden ja äidin painonlisäyksen vaikutuksiin sekä äidin että syntyvän lapsen terveyden kannalta niin lyhyellä kuin pitkälläkin aikavälillä. Muiden terveyteen ja raskauden kulkuun vaikuttavat elintapatekijät, kuten päihteet ja liikunnan, olen rajannut tämän kirjallisuuskatsauksen ulkopuolelle. Alkoholista ei tutkimusaineistossa keskusteltu ravitsemuskeskustelun yhteydessä, vaan aihe käsiteltiin ravitsemuskeskustelusta erillisenä osana AUDIT-lomakkeen pohjalta.

### 2.2.1 Energian tarve

Perusaineenvaihdunnan, fyysisen aktiivisuuden ja ruoan termogeenisen vaikutuksen lisäksi raskaana oleva nainen tarvitsee energiaa sikiön sekä omien, raskauteen liittyvien, kudosten kasvuun (Hyttén 1991a). Kudosten ja sikiön käyttämän energian määrä voidaan teoreettisesti laskea niihin kertyvän proteiinin ja rasvan perusteella (Taulukko 3). Teoreettisessa mallissa raskaudenaikainen painonlisäys on 12,5 kg ja syntymäpaino 3,4 kg. Laskennallisesti äidin kudosten kasvu ja sikiön muodostuminen kuluttaisi yhteensä siis 41 518 kcal koko raskauden aikana.

**Taulukko 3.** Laskennallinen energian tarve raskauden aikaiset fysiologiset muutokset huomiioon ottaen (Hyttén 1991a).

Kudos	Proteiinin kertyminen (g)	Rasvan kertyminen (g)	Proteiinin kertyminen (kcal)	Rasvan kertyminen (kcal)	Energian kokonaiskertymä <sup>1</sup>
Sikiö	440	440	2 465	4 180	6 644
Istukka	100	4	560	38	598
Lapsivesi	3	0	17	0	17
Kohtu	166	4	930	38	968
Rinnat	81	12	454	114	568
Veri	135	20	756	190	946
Äidin kudokset		3 345		31 778	31 778
<b>Yhteensä</b>	<b>925</b>	<b>3 825</b>	<b>5 180</b>	<b>36 338</b>	<b>41 518</b>

<sup>1</sup> 1 gramman proteiinin kertyminen kuluttaa 5,6 kcal, 1 gramman rasvan kertyminen kuluttaa 9,5 kcal

Raskauden aikaiseen painonlisäys- ja kehonkoostumusmittauksiin pohjautuvissa pitkittäistutkimuksissa keskimääräinen kokonaisenergian lisätarve koko raskauden aikana oli 39 862 kcal tai päivätasolla 180 kcal (Pipe ym. 1979, Forsum ym. 1988, van Raaij ym. 1988, Goldberg ym. 1993, de Groot ym. 1994, Lederman ym. 1997, Lindsay ym. 1997, Sohlstrom ja Forsum 1997, Kopp-Hoolihan ym. 1999). Tutkimukseen osallistuneen olivat hyvin ravittuja, normaallipainoisilla naisilta (BMI ennen raskautta 18,5 - < 25 kg/m<sup>2</sup>).

Raskaana olevan naisen perusaineenvaihdunnan energiankulutus suurenee istukan ja sikiön aineenvaihdunnan sekä sydämen ja keuhkojen lisääntyvän työn vuoksi (Hytten 1991b). Kiihtynyt perusaineenvaihdunta on yksi oleellinen tekijä, joka lisää raskauden aikaista kokonaisenergiankulutusta. Raskaana olevien hyvässä ravitsemustilassa olevien, normaalipainoisten naisten (BMI ennen raskautta  $18,5 - < 25 \text{ kg/m}^2$ ) kokonaisenergiankulutusta on tutkittu neljässä pitkittäisessä tutkimuksessa, joissa kokonaisenergiankulutusta mitattiin kaksoismerkityn veden avulla läpi raskauden (Goldberg ym. 1991, Forsum ym. 1992, Goldberg ym. 1993, Kopp-Hoolihan ym. 1999). Näissä tutkimuksissa kokonaisenergiankulutuksen muutos mediaanina oli kahdeksan kilokaloria raskausviikkoa kohti, vaikkakin sen vaihtelu oli suurta.

Koska kokonaisenergiankulutuksen muutos ja painonlisäys on vähäistä raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana, energiansaannin lisäämistä ei suositella ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana (Institute of Medicine 2005). Toisella kolmanneksella lisätarve on 340 kcal/vrk ja kolmannella kolmanneksella 452 kcal/vrk (Taulukko 4). Paras tapa arvioida energiansaannin sopivuutta on kuitenkin tarkkailla raskaudenaikaista painonlisäystä (Turner 2006).

**Taulukko 4.** Arvioitu kokonaisenergiantarve raskaana olevilla naisilla (Institute of Medicine 2005).

Raskauskolmannes	Perusaineenvaihdunta	Energiantarve	
		Lisääntynyt aineenvaihdunta	Kudosten kasvu
1.kolmannes	Normaalitarve	0	0
2.kolmannes	Normaalitarve	160 kcal (8 kcal/vk x 20)	180 kcal
3.kolmannes	Normaalitarve	272 (8 kcal/vk x 34)	180 kcal

### 2.2.2 Paino ja painonlisäys

Ylipainoisuuden ja lihavuuden lisääntyminen sekä synnyttäjien keski-ikä nouseminen on johtanut siihen, että naisten painoindeksi ennen raskautta on korkeampi kuin aikaisemmin (Rasmussen ja Yaktine 2009). Kolmasosa suomalaisista vuonna 2009 synnyttäneistä naisista oli ennen raskautta ylipainoisia ( $\text{BMI} > 25 \text{ kg/m}^2$ ) ja 11,5 % oli lihavia ( $\text{BMI} > 30 \text{ kg/m}^2$ ) (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010). Myös raskauden aikaisen painonlisäyksen määrä on kasvanut (Rasmussen ja Yaktine 2009). Suomessa raskauden aikainen painonlisäys on 60 – luvulta 80 – luvun puoleenväliin suurentunut 13,2 kilosta 14,3 kiloon, mutta 1980 – luvulta 2000 – luvulle nousua ei kuitenkaan ollut enää havaittavissa (Kinnunen ym. 2003).

Painoindeksi ennen raskautta on johdonmukaisemmin yhteydessä raskauskomplikaatioihin kuin painonlisäys raskauden aikana (Poston ym. 2011). Lihavuus ennen raskautta lisää lähes kaikkien raskauteen liittyvien komplikaatioiden riskiä. Lihavilla raskaana olevilla naisilla esiintyy useammin raskauteen liittyvää korkeaa verenpainetta ja tästä johtuvaa raskausmyrkytystä sekä raskausajan diabetesta kuin normaalipainoisilla naisilla. Raskausdiabetes yleistyy jatkuvasti ympäri maailmaa ja Suomessakin siihen sairastuu noin joka kymmenes raskaana oleva nainen (Lamberg ym. 2010). Vaikeasti lihavilla naisilla ( $\text{BMI} > 35 \text{ kg/m}^2$ ) riski sairastua raskausmyrkytykseen on jopa 7,2-kertainen ja raskausajan diabetekseen 8-kertainen normaalipainoisiin verrattuna (Raatikainen ym. 2010). Myös sikiön suuri koko sikiöaikaan nähden on yleisempää ja lapsen synnynnäisiä epämuodostumia riski on suurempi lihavilla naisilla kuin muilla (Stothard ym. 2009, Poston ym. 2011). Lihavilla naisilla ennenaikainen synnyttäminen (ennen raskausviikkoa 37) riski oli suurempi ja keisarinleikkaus synnytystapana olivat yleisempi kuin normaalipainoisilla naisilla (Poston ym. 2011, Chatzi ym. 2009). Heillä on myös enemmän vaikeuksia aloittaa ja ylläpitää imetystä kuin normaalipainoisilla naisilla (Viswanathan ym. 2008, Poston ym. 2011). Ylipainoisten ja lihavien naisten paino suureni raskauden aikana keskimäärin vähemmän kuin normaalipainoisten (Poston ym. 2011). Samaan johtopäätökseen päädyttiin myös suomalaisen tutkimuksessa, jonka mukaan raskausdiabeetikoiden paino suureni vähemmän raskauden aikana, mutta painoindeksi ennen raskautta oli korkeampi kuin niillä naisilla, joilla raskausajandiabetesta ei todettu (Salmenhaara ym. 2010). Tutkimus ei sisältänyt interventiota, jolla olisi pyritty hillitsemään raskausdiabeetikoiden painonnousua. Paras tapa parantaa sekä naisten että tulevan sukupolven terveyttä lyhyellä ja pitkällä aikavälillä on ennaltaehkäistä hedelmällisessä iässä olevien naisten ylipainoa ja lihavuutta (Raatikainen ym. 2010, Poston ym. 2011).

Raskaudenajan painonlisäyssuosituksiin vaikuttaa naisen paino ennen raskautta (Taulukko 5). Uusimmassa Institute of Medicinen raskauden aikaista painonlisäystä koskevassa suosituksessa on painoindeksiluokissa hieman eroavaisuutta suomalaisiin kansallisiin suosituksiin verrattuna, mutta suositukset ovat kuitenkin linjassa keskenään (Hasunen ym. 2004, Rasmussen ja Yaktine 2009). Suomalaiset suosituksissa ei ole suositeltavan painonlisäyksen nopeutta viikkotasolla. Normaalipainoisella suositeltava painonlisäys on 11,5 – 16,0 kg koko raskauden aikana ja noin 400 g viikossa 2. ja 3.raskauskolmanneksen aikana (Rasmussen ja Yaktine 2009). Painonlisäyssuositus on yhteydessä sikiön ja äidin kudosten kasvuun raskauden kulun myötä. Kudosten kasvu kiihtyy vasta 2. ja 3.raskauskolmanneksen aikana. Joidenkin tutkimusten mukaan ennen raskautta ylipainoisten ja lihavien naisten suositusta vähäisempi

painonlisäys tai jopa painon vähentyminen raskauden aikana vähentäisi ylipainoon liittyviä riskitekijöitä (Nohr ym. 2008, Beyerlein ym. 2009, Oken ym. 2009).

**Taulukko 5.** Suositus raskaudenaikaisesta painonlisäyksestä ja suositeltava painonlisäyksen nopeus raskauden aikana (Hasunen ym. 2004, Rasmussen ja Yaktine 2009).

Rasmussen ja Yaktine 2009			Hasunen ym. 2004	
BMI (kg/m <sup>2</sup> ) ennen raskautta	Suosittelava painonlisäys (kg)	Suosittelava painonlisäyksen nopeus (kg/vk) <sup>1</sup>	BMI (kg/m <sup>2</sup> ) ennen raskautta	Suosittelava painonlisäys (kg)
Alipaino < 18,5	12,5 – 18,0	0,51	Alipaino 18,5 – 19,9	12,5 – 18,0
Normaali paino 18,5 – 24,5	11,5 – 16,0	0,42	Normaalipaino 20,0 – 25,9	11,6 – 16,0
Ylipaino 25,0 – 29,9	7 – 11,5	0,28	Ylipaino > 26	7,0 – 11,5
Lihavuus > 30,0	5 – 9	0,22		

<sup>1</sup> toisella ja kolmannella raskauskolmanneksella

Äidin kannalta liiallinen raskaudenaikainen painonlisäys vaikuttaa mahdollisesti glukoosiaineenvaihduntaan, raskauteen liittyvään korkeaan verenpaineeseen ja tästä johtuvaan raskausmyrkytykseen, keisarinleikkauksen riskiin sekä siihen, että raskauden aikana kertyneet kilot jäävät pysyviksi (Viswanathan ym. 2008). Raskauden aikaisen liiallisen painonlisäyksen yhteys heikentyneeseen glukoosin sietokykyyn on kuitenkin epäselvä. Runsas painonlisäys on mahdollisesti yhteydestä verenpaineen kohoamiseen ja sen myötä raskausmyrkytyksen ilmenemiseen lihavilla naisilla (Viswanathan ym. 2008). Ali- ja normaalipainoisilla naisilla suositeltua suurempi painonlisäys näyttäisi lisäävän keisarinleikkauksen riskiä.

Palautuminen raskautta edeltävään painoon on hankalampaa, jos painoa kertyy raskauden aikana runsaasti (Viswanathan ym. 2008). Elämänvaiheena raskaus ja sen jälkeinen aika ovat riski ylipainon tai lihavuuden kehittymiselle (Johnson ym. 2006). Suosituksia suurempi raskaudenaikainen painonlisäys näyttäisi olevan yhteydessä korkeampaan painoon sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä (Viswanathan ym. 2008). Raskautta edeltävään painoon palautuminen vaikuttaisi olevan ongelmallista erityisesti naisilla, jotka ovat jo ennen raskautta ylipainoisia tai lihavia.

Sikiöaikainen ympäristö vaikuttaa kauaskantoisesti syntyvän lapsen terveyteen. Englantilaisen epidemiologi David Barker kehitti jo 1980-luvulla hypoteesin, jonka mukaan lapsen riski sairastua myöhemmin eri sairauksiin ohjelmoituu jo kohdussa (Barker ym. 1989). Sikiökautena ohjelmoitu tautiriski voi siirtyä seuraaville sukupolville epigeneettisesti eli perinnöllinen tieto siirtyy jälkeläiselle ilman, että perinnöllinen tieto on koodattuna DNA:han tai RNA:han. Jo sikiökaudella voi tapahtua pysyviä aineenvaihdunnallisia muutoksia, jotka lisäävät sydän- ja

verisuonisairauksien sekä aineenvaihdunnallisten, neuroendokrinologisten ja psyykkisten häiriöiden riskiä myöhemmällä iällä (Harris ja Seckl 2011). Esimerkiksi äidin koholla olevan verensokerin on todettu olevan yhteydessä siihen, että jälkeläisen riski sairastua aineenvaihdunnan häiriöihin, kuten tyypin 2 diabetekseen, on kohonnut (Clausen ym. 2008). Myös raskaudenaikainen lihavuus suurentaa seerumin ja kudoksen tulehdusta aiheuttavia sytokiinipitoisuuksia, mikä lopulta johtaa glukokortikoidipitoisuuden suurenemiseen (MohanKumar ym. 2007). Tämän ohjelmoinnin vuoksi lihavien odottajien jälkeläisillä on suurempi riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin.

Systemaattisen katsauksen mukaan äidin raskauden aikainen painonlisäys vaikutti synnytyksen ajoittumiseen ja sikiön painonkehitykseen (Viswanathan ym. 2008). Vähäinen raskaudenaikainen painonlisäys on yhteydessä ennenaikaisuuteen, matalaan syntymäpainoon ja sikiön pieneen kokoon sikiöaikaan nähden. Suositeltua vähäisempi painonlisäys raskauden aikana on mahdollisesti yhteydessä siihen, että imetystä ei aloitettu lainkaan. Pienestä syntymäpainosta johtuva nopea painonlisäys imeväisiässä on yhteydessä lapsen lihavuuteen myöhemmällä iällä (Rasmussen ja Yaktine 2009). Pieneen syntymäpainoon näyttäisi siten liittyvän suurentunut riski keskivartalolihavuuteen, insuliiniresistenssiin, metaboliseen oireyhtymään, tyypin 2 diabetekseen, korkeaan verenpaineeseen ja sepelvaltimotautiin. Toisaalta runsas raskaudenaikainen painonlisäys on vahvasti yhteydessä korkeaan syntymäpainoon, makrosomiaan ja suureen sikiöön sikiöaikaan nähden (Viswanathan ym. 2008). Myös suuri syntymäpaino liittyy lapsen lihavuuteen ja sen tuomiin seurauksiin myöhemmällä iällä (MohanKumar ym. 2007, Viswanathan ym. 2008). Johtopäätöksenä voisikin todeta, että äidin lihavuus, raskauden aikainen diabetes, äidin liian runsas tai vähäinen painonlisäys raskauden aikana, syntyvän lapsen sekä matala että korkea syntymäpaino, nopea saavutuskasvu syntymän jälkeen ovat yhteydessä lihavuuden, rasva- ja sokeriaineenvaihdunnan häiriöiden ja sydän- ja verisuonitautien lisääntyneeseen riskiin myöhemmällä iällä. Mekanismit näiden taustalla ovat moninaiset. Tämän vuoksi raskaana olevan naisen painonlisäystä koskevaan ohjaukseen ja painonkehitykseen raskauden aikana tulisikin kiinnittää huomiota äitiysneuvolassa.

### 2.2.3 Energiaravintoaineiden saantisuositus

Ruokavalion energiaravintoaineiden osuus ilmoitetaan Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suosituksessa (2005) prosentteina kokonaisenergiansaannista (Taulukko 6). Energiaravintoaineiden suhteen koko väestöä koskeva suositus sopii myös imettävälle ja odottavalle äidille (Hasunen ym. 2004). Raskauden aikana glukoosi on sikiön pääasiallinen energianlähde (Turner 2006). Raskauden loppupuolella sikiön on arvioitu käyttävän 17 – 26 glukoosia/vrk (Institute of Medicine 2005). Yhdysvaltalaisissa suosituksissa raskaana olevan naisille suositellaan hiilihydraattien saanniksi 175 g/vrk ja kuitua 28 g/vrk. Suomessa raskaana naisille suositellaan kuitua 25 – 35 g/vrk, kuten muullekin aikuisväestölle (Hasunen ym. 2004). Kuitupitoisen ruokavaliosta on etua raskauden aikana, sillä se voi vähentää ruokahalua ja sitä kautta pienentää energiansaantia ja painonlisäystä, hidastaa ja vähentää glukoosin imeytymistä sekä parantaa insuliiniherkkyyttä (Champ ja Hoebler 2009). Runsaasta kuidun saannista hyötyvät erityisesti ylipainoiset raskaana olevat naiset sekä ne, joilla on raskausajan diabetes tai riski sairastua siihen. On myös viitteitä siitä, että runsaampi kuidun saanti vähentää raskausmyrkytyksen riskiä (Qiu ym. 2008). Suositusten mukaisella kuidun saannilla voi myös vähentää ummetusta, mikä on varsin yleinen vaiva raskaana olevilla naisilla (Champ ja Hoebler 2009).

**Taulukko 6.** Energiaravintoaineiden saantisuositus (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005).

Ravintoaine	Suositus
Hiilihydraatit	50–60 E%
• sokeri	enintään 10 E%
• kuitu	25–35 g
Proteiinit	10–20 E%
Rasva	25–35 E%
• tyydyttynyt	enintään 10 E%
• kertatyydyttymättömät	10–15 E%
• monitydyttymättömät	5–10 E%

Raskauden aikana koko kehon proteiinien hajoaminen ja uudelleen muodostuminen lisääntyy ja huomattavia määriä proteiinia käytetään sikiön kasvuun, istukkaan, verivolyymiin kasvuun, kohtuun, lapsiveteen ja äidin luurankolihaksiin (Turner 2006). Lisääntyneen tarpeen vuoksi Institute of Medicine (2005) suosittelee raskaana oleville naisille proteiinia 1,1 g/kg/vrk raskauden jälkimmäisellä puoliskolla, jolloin kudokset pääasiassa muodostuvat. Suomessa proteiinin liian vähäinen saanti ei yleensä ole ongelma sekaruokavaliota noudattavilla naisilla. Finravinto 2007-tutkimuksen mukaan 25–34 – vuotiaiden naisten proteiinin saanti oli keski-

määrin 69 g/vrk (keskihajonta 23) (Paturi ym. 2008). Erilaisten kasvisruokavalioita, erityisesti vegaaniruokavaliota, noudattavien naisten tulisi raskauden aikana kiinnittää erityishuomiota riittävään proteiinin saantiin (Hasunen ym. 2004).

Äidin raskauden aikana käyttämällä rasvan määrällä ja laadulla on merkitystä sikiön kehityksen kannalta (Cetin ym. 2009, Gibson ym. 2011, Innis 2011). Brennan ja Lapillonnen (2009) mukaan ei ole näyttöä siitä, että raskaana olevilla naisilla kokonaisrasvan suhteellisen saannin tulisi olla suurempi kuin naisilla, jotka eivät ole raskaana. On kuitenkin huomattavaa, että lisääntynyt energiantarve ja monityydyttymättömien rasvojen (PUFA) riittävää saanti on vaikea tyydyttää hyvin vähärasvaisella ruokavaliolla (<10 E%). Rasvahapoilla on kuitenkin muitakin merkityksiä kuin vain energia ja välttämättömien rasvahappojen riittävä saanti (Innis 2011). Rasvahapot säätelevät geenien ilmentymistä, proteiinien toimintaa ja sellaisten välittäjämolekyylien toimintaa, jotka säätelevät ruokahalua, energiatasapainoa ja tulehduksia. Äidin verenkierrasta istukaan kautta sikiön verenkiertoon siirtyvien pitkäketjuisten rasvahappojen on todettu tukevat sikiön aivojen kasvua ja näköaistin kehittymistä sekä vaikuttavan suotuisasti kasvuun, aineenvaihduntaan ja vastustuskykyyn lapsuuden aikana (Cetin ym. 2009, Gibson ym. 2011). Tutkimukset viittaavat vahvasti, että tiettyjen rasvahappojen riittämätön, epätasapainoinen tai liiallinen saanti voi aiheuttaa pysyviä aineenvaihdunnallisia muutoksia sikiön kehityksessä (Innis 2011). Äidin ruokavalion rasvan laatu vaikuttaa niiden rasvahappojen laatuun, joita sikiö saa istukan kautta ja syntymän jälkeen rintamaidosta. Nämä rasvahapot ja niiden aineenvaihduntatuotteet kertyvät sikiön ja imeväisikäisen kudoksiin ja näin ollen vaikuttavat solujen kasvuun ja erilaistumiseen.

Viimeisen 50 vuoden aikana on kiinnitetty paljon huomiota monityydyttymättömien n-3 ja n-6 rasvahappojen saantiin ja niiden suhteeseen länsimaisessa ruokavaliossa (Smit ym. 2009). Tänä aikana runsaasti linolihappoa (18:2 n-6) sisältävien kasviöljyjen käyttö on lisääntynyt ja tästä johtuen n-6 sarjan rasvahappojen saanti on lisääntynyt samaan aikaan, kun n-3 rasvahappojen ja eläinrasvojen saanti on vähentynyt (Innis 2011). Suomessa n-3- ja n-6-rasvahappojen suhde on keskimäärin 1:4, mikä onkin Euroopan korkeimpia (Aro 2009). Suomessa välttämättömien rasvahappojen keskinäistä suhdetta voidaan pitää nykytiedon hyvänä, mutta kummankin ryhmän saannin voisi lisätä kaksinkertaiseksi. Useissa Keski- ja Etelä-Euroopan maissa sekä Yhdysvalloista n-3/n-6-suhde on 1:10–20 ja asiantuntijat suosittelevat lisäämään n-3-rasvahappojen osuutta ravinnossa. Syy rasvahappojen saannin tasapainottamiselle on se, että linolihappo vähentää alfa-linoleenihapon (18:3 n-3) sisäsyntyistä muuttumista sen pitkäketjuisiksi johdannaisiksi, eikosapentaeenihappoksi (EPA, 20:5 n-3) ja dokosaheksaeenihappoksi (DHA, 22:6 n-3) ja samalla estää myös niiden pääsyä kudoksiin



(Gibson ym. 2011). Täten linolihapon runsas määrä ruokavaliossa johtaa n-3 pitkäketjuisten rasvahappojen vähäiseen saantiin.

Pitkäketjuisten rasvahappojen saannilla on todettu olevan myös vaikutusta äidin mielialaan (Cetin ym. 2009). Viimeaikaiset tutkimukset ovat osoittaneet, että niin masennuksen kuin monien fyysisten sairauksien, kuten sydän- ja verisuonitautien ja tyypin 2 diabeteksen taustalla on tulehduksellisia tekijöitä (Kendall-Tackett 2010). Pitkäketjuisilla n-3 rasvahapoilla voidaan mahdollisesti ehkäistä näitä sairauksia, sillä niillä on tulehdusta alentava vaikutus. Tutkimukset osoittavat, että eikosapentaeenihapolla (EPA) olisi positiivisia vaikutuksia masennuksen hoidossa sekä itsenäisesti että yhdessä sekä dokosaheksaeenihapon (DHA) että mielialälääkityksen kanssa.

#### **2.2.4 Vitamiinien ja kivennäisaineiden saantisuosituksat ja saanti**

Vitamiineista D-vitamiini ja foolaatti sekä kivennäisaineista kalsium ja rauta ovat raskausajan ravitsemuksen kannalta keskeisimpiä (Hasunen ym. 2004), joten tässä kirjallisuuskatsauksessa keskityn tarkemmin näiden vitamiinien ja kivennäisaineiden saantisuosituksiin ja lähteisiin. Ruoan ravintoainetiheyteen tulisi kiinnittää huomiota raskauden aikana, koska energiantarpeen lisääntyminen on vähäisempää kuin monien ravintoaineiden tarve (Turner 2006). Ravintoaineiden tarpeen kasvu kuitenkin tasoittuu osittain ravintoaineiden tehostuneella imeytymisellä. Raskauden aikana erittyvä keltarauhashormoni vaikuttaa suoliston toimintaan niin, että suoliston liikkeet hidastuvat ja ruokasulan läpikulku suolistossa hidastuu. Näin ravintoaineet pääsevät imeytymään tehokkaammin suolistosta.

Vitamiineista ja kivennäisaineista A-vitamiinin saantisuositus on raskauden aikana pienempi kuin 18 – 30 – vuotiailla naisilla, jotka eivät ole raskaana (Taulukko 7). Muiden vitamiinien ja kivennäisaineiden saantisuositus suurenee tai pysyy samana. Prosentuaalisesti lisäys on noin 16 % niiden ravintoaineiden osalta, joiden saantisuositus raskauden aikana kasvaa. Suurin saantisuosituksen lisäys koskee sekä suomalaisissa että yhdysvaltalaisissa suosituksissa D-vitamiinia (25 %) ja foolihappoa (25 %). Yhdysvalloissa näiden ravintoaineiden saantisuositus on myös korkeampi kuin Suomessa. Muuten suositukset ovat lähes yhdenmukaisia. Raudan suhteen yhdysvaltalaiset ilmoittavat suosituksen määrällisenä (mg/vrk), kun taas suomalaisten suositusten mukaan raskausajan rautatasapaino edellyttää noin 500 mg rautavarastoja raskauden alussa.

**Taulukko 7.** Vitamiinien ja kivennäisaineiden saantisuositus raskauden aikana Yhdysvalloissa ja Suomessa (Institute of Medicine 2005, 2010, Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005).

Ravintoaineryhmä	Ravintoaine	Saantisuositus		Lisäys %
		Yhdysvallat (IOM 2005, 2010)	Suomi (VRN 2005)	
Rasvaliukoiset vitamiini	A-vitamiini	770 µg, enintään 3000 µg	800 RE <sup>1</sup>	-11
	D-vitamiini	600 IU (15 µg)	10 µg	25
	E-vitamiini	15 mg	10 α-TE <sup>2</sup>	-
Vesiliukoiset vitamiinit	Tiamiini	1,4 mg	1,5 mg	-
	Riboflaviini	1,4 mg	1,6 mg	19
	Niasiini	18 mg	17 NE <sup>3</sup>	12
	B <sub>6</sub> -vitamiini	1,9 mg	1,5 mg	13
	Folaatti	600 µg	400 µg	25
	B <sub>12</sub> -vitamiini	2,6 mg	2 mg	-
	C-vitamiini	85 mg	85 mg	12
Mineraalit	Kalsium	1000 mg	900 mg	11
	Fosfori	700 mg	700 mg	14
	Magnesium	350 mg	280 mg	-
	Rauta	27 mg	- <sup>4</sup>	-
	Sinkki	11 mg	9 mg	22
	Jodi	220 µg	175 µg	14
	Seleen	60 µg	55 µg	14

<sup>1</sup> Retinoliäkvivalentti (RE) = 1 µg retinolia = 12 µg β-karoteenia.

<sup>2</sup> α-Retinoliäkvivalentti (RE) = 1 µg retinolia = 12 µg β-karoteenia.

<sup>3</sup> Niasiiniäkvivalentti (NE) = 1 mg niasiinia = 60 mg tryptofaania.

<sup>4</sup> Raskausajan rautatasapaino edellyttää noin 500 mg rautavarastoja raskauden alussa.

Suomessa D-vitamiinilisää suositellaan kaikille raskaana oleville 10 µg ympäri vuoden (Taulukko 8) (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2011). Ennen tammikuuta 2011 suositus oli 10 µg vuorokaudessa lokakuun alusta maaliskuun loppuun (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005). Suomalaisten raskaana olevien naisten D-vitamiinin saanti on aikaisemmin ollut varsin niukkaa (Erkkola ym. 1998). Merkittävä D-vitamiinin saannin lisääntyminen sekä ravinnosta että ravintolisistä tapahtui vuosina 2003 – 2004 (Prasad ym. 2010). D-vitamiinin saannin lisääntymiseen ruoasta vaikutti lakimuutos, joka mahdollisti nestemäisten maitovalmisteiden ja margariinien D-vitamiinitäydennyksen helmikuussa 2003 (KTMa 917/2002). Raskaana olevien D-vitamiinin keskimääräinen saanti (8,9 µg) ei kuitenkaan yltänyt suositellulle tasolle vielä vuosina 2003 – 2004 (Prasad ym 2010).

**Taulukko 8.** Raskauden vuoksi huomioon otettavat vitamiinit ja kivennäisaineet, niiden saantisuositukset ja merkittävimmät lähteet ruokavaliossa (Siitonen ja Vilpo 2005, Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, Hasunen ym. 2004).

Ravintoaine	Saantisuositus	Merkittävimmät lähteet ruokavaliossa
D-vitamiini	D-vitamiinilisä 10 µg/vrk valmistena kaikille raskaana oleville ympäri vuoden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kala</li> <li>• D-vitaminoidut maitotuotteet ja ravintorasvat</li> </ul>
Foolihappo (folaatti)	400 µg/vrk Ravintolisänä suositellaan naisille, joiden ruokavalio on hyvin yksipuolinen sekä tietyille erityisryhmille	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Täysjyväviljavalmistet</li> <li>• Kasvikset</li> <li>• Hedelmät ja marjat</li> </ul>
Kalsium	900 mg/vrk Tarvittaessa 500 – 1000 mg kalsiumlisä	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tarvittava määrä kalsiumia saadaan 6 – 8 desilitrasta nestemäisiä maitovalmisteita ja 3 – 4 siivusta juustoa päivässä</li> </ul>
Rauta	500 mg rautavarastot raskauden alussa Jos hemoglobiinipitoisuus on raskauden alussa 110 g/l, rautalääkitys (50 mg) aloitetaan 12. raskausviikon jälkeen. Lääkitys aloitetaan myös, jos hemoglobiinipitoisuus laskee toisen tai kolmannen kolmanneksen aikana alle 100 g/l.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruisleipä ja muut viljavalmistet</li> <li>• Liha ja lihavalmistet.</li> </ul>
Monivitamiini ja kivennäisainevalmistet	Käytetään tarvittaessa hyvin yksipuolisen tai niukan ruokavaliota tukena	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ei A-vitamiinia sisältäviä valmisteita tai kalanmaksaöljyä</li> </ul>

Raskauden aikana D-vitamiinia tarvitaan sikiön kasvuun, luuston kehitykseen sekä puolustusjärjestelmän kypsymiseen (Dror 2011). Äidin veren matalan D-vitamiinipitoisuuden on myös todettu lisäävän raskauskomplikaatioiden riskiä. D-vitamiinin puutoksella voi olla pysyviä vaikutuksia kehon fysiologiaan ja aineenvaihduntaan (Cooper ym. 2005, Sayers ja Tobias 2009). Äidin veren D-vitamiinipitoisuus raskauden aikana ohjelmoi luuston kehittymistä ja sikiön kehon koostumusta vaikuttamalla osteoblastien ja rasvasolujen vuorovaikutukseen (Pasco ym. 2008, Sayers ja Tobias 2009). Äidin veren matala S-25-OHD on yhteydessä lyhyempään raskausaikaan ja näin ollen vähentää vastasyntyneen pitkien luiden kasvua (Morley ym. 2006). Äidin alhaisella D-vitamiinistatuksella on myös pitkäaikaisia vaikutuksia lapsen luustoon (Javaid ym. 2006). Luustovaikutusten lisäksi D-vitamiinin puutos aikaisessa elämän vaiheessa saattaa lisätä astman ja allergisen nuhan riskiä (Erkkola ym. 2011). Raskauden aikainen D-vitamiininpuutos on mahdollisesti yhteydessä myös raskausmyrkytykseen ja raskausdiabetekseen (Bodnar ym. 2007, Haugen ym. 2009, Maghbooli ym. 2008).

Folaattia suositellaan raskaana oleville naisille 400 µg/vrk (Taulukko 8) (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005). Folaatin keskimääräinen saanti jää suomalaisilla raskaana olevilla naisilla suositeltua vähäisemmäksi (Erkkola ym. 1998, Arkkola ym. 2006, Prasad ym. 2010). Arkkolan ja työtovereiden (2006) tutkimuksen mukaan 44 % (n = 797) raskaana olevista naisista sai suositeltua vähemmän folaattia. Erkkolan ja työtovereiden (1998) tutkimuksessa raskaana olevien naisten folaatin saannin mediaani oli 305 µg/vrk (n = 118). Folaattia tarvitaan solujen jakautumiseen ja raskauden aikana erityisesti äidin veren punasolujen massan lisääntymiseen, kohdun laajenemiseen sekä istukan ja sikiön kasvuun (Scholl ja Johnson 2000). Riittävän folaatin saannin on todettu estävän alkuraskaudessa hermostoputken sulkeutumishäiriön kehittymisen sikiöllä. Hermostoputken sulkeutuminen tapahtuu jo raskauden varsin varhaisessa vaiheessa, joten riittävästä folaatin saannista tulisi huolehtia jo raskautta suunniteltaessa. Folaatin vähäisen saannin ja sen matalan pitoisuuden verenkierrassa on todettu myös olevan yhteydessä ennenaikaisen synnytykseen ja matalaan syntymäpainoon sekä sikiön kasvun hidastumista (Scholl ja Johnson 2000). Äitiysneuvolan ensikäynnillä hermostoputken sulkeutumiseen ei voida enää vaikuttaa, mutta riittäväällä foolihapon saannilla on kuitenkin muitakin raskauden kannalta suotuisia vaikutuksia. Tämän vuoksi runsaasti foolihappoa sisältävien ruokien käytön ohjaukseen tulisikin kiinnittää huomiota äitiysneuvolan ravitsemusohjauksessa.

Kalsiumin suositellaan raskaana oleville naisille 900 mg/vrk (Taulukko 8) (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005). Suomalaisten merkittävin kalsiuminlähde on maito ja maitovalmisteet, joita käyttämällä riittävä kalsiumin saanti on helpointa turvata (Hasunen ym. 2004, Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005). Kalsiumin saantiin on syytä kiinnittää huomiota, jos odottava äiti ei käytä maitovalmisteita tai niiden käyttö on vähäistä. Tarvittaessa kalsiumin saanti voidaan turvata kalsiumlisällä. Arkkolan ja työtovereiden (2006) tutkimuksen mukaan vain 4 % (n = 797) naisista sai kalsiumia suositeltua vähemmän raskauden aikana. On mahdollista, että odottavat äidit ovat hyvin tietoisia siitä, että raskaus lisää kalsiumin tarvetta. Muuta väestöä korkeampi maidon ja maitovalmisteiden kulutus antavat myös tästä viitteitä (Paturi ym. 2008, Prasad ym. 2010).

Yhdysvaltalaisen suositusten mukaan raskauden aikana rautaa tulisi saada ruokavaliosta 27 mg/vrk (Institute of Medicine 2005). Suomalaiset 25–64 – vuotiaat naiset saavat rautaa ruokavaliostaan keskimäärin 10,3 mg/vrk (Paturi ym. 2008). Arkkolan ja työtovereiden (2006) mukaan raudan saanti raskaana olevilla naisilla oli ruoasta 18 mg/vrk. Koska raskauden aikaista tarvetta vastaavaa määrää on haastavaa saada ravinnosta, sikiön ja kudosten kehityksessä elimistö käyttää hyödykseen äidin rautavarastoja (Valtion ravitsemusneuvottelu-

kunta 2005). Tämän vuoksi suomalaisten suositusten mukaan raskausajan rautatasapaino edellyttää noin 500 mg rautavarastoja raskauden alussa (Taulukko 8). Veren hemoglobiinin ja hematokriitin pieneneminen raskauden aikana johtuu lisääntyneen tarpeen lisäksi myös siitä, että veren tilavuus kasvaa noin 40 % (Koivunen 2007). Plasman määrä lisääntyy enemmän suhteessa punasolujen määrään, jonka seurauksena veri laimenee. Raudanpuuteanemia on kuitenkin hyvin yleistä raskauden aikana (Siitonen ja Vilpo 2005).

Raskaana olevien naisten ravintolisien käyttö näyttäisi olevan hyvin yleistä (Arkkola ym. 2006, Piirainen ym. 2006, Prasad ym. 2010). Piiraisen ja työtovereiden (2006) mukaan jopa 96 % raskaana olevista naisista käytti jotakin ravintolisää jossakin raskautensa vaiheessa. Prasadin ja työtovereiden (2010) mukaan D-vitamiinilisää käytti 89 %, rautalisää 73 %, ja kalsiumlisää 47 % raskaana olevista naisista. Lisäksi 68 % käytti monivitamiini- ja kivennäisainelisää. Vastoin suosituksia, lähes kolmasosa naisista sai A-vitamiinia ravintolisästä (Arkkola ym. 2006). Yleisimmin ravintolisää käyttivät vanhemmat, korkeammin koulutetut ja ne naiset, joiden paino-indeksi oli normaali ennen raskautta. Ravintolisien käyttö näyttää raskausaikana olevan yleisempää kuin muulloin, sillä Finravinto 2007-tutkimuksen (Paturi ym. 2008) mukaan 52 % suomalaisista 25–65 – vuotiaista naisista käytti jotakin ravintolisää. Ravintolisien käytön tarpeen arviointi ja käytön ohjaus ovat yksi äitiysneuvolan tehtävistä.

### **2.2.5 Ruokavalion koostaminen**

Raskausajan ravitsemussuositukset pohjautuvat Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2005) suosituksiin. Suositukset koskevat ateriarytmiä sekä ruokavalion kokonaislaatua ja siihen vaikuttavien ruoka-ainevalintojen tekemistä. Ruokavalion tulisi olla monipuolinen ja värikäs. Aterioita tulisi nauttia 4 – 6 päivittäin ja välttää napostelua aterioiden välillä. Suositeltavaan ruokavalioon kuuluvat vähärasvaiset lihatuotteet, siipikarjan liha, kananmuna ja kala (Taulukko 9). Kasvisruokavaliota noudattavilla eläinkunnan tuotteet korvataan palkokasveilla eli pavuilla, linsseillä ja herneillä sekä siemenillä ja pähkinöillä (Hasunen ym. 2004). Maitovalmisteista valitaan rasvattomat tai vähärasvaiset ja sokerittomat tai vain vähän lisättyä sokeria sisältävät vaihtoehdot (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005). Ruokavalioon kuuluu myös täysjyväviljatuotteita sekä runsaasti kasviksia, hedelmiä ja marjoja useita kertoja päivässä. Rypsiöljyä ja siitä valmistettuja margariineja suositetaan rasvan lähteenä. Rasvatonta maitoa tai piimää tulisi juoda aterioilla, mutta janojuomaksi sopii vesi. Runsaasti suolaa ja sokeria sisältäviä tuotteita tulisi käyttää kohtuudella.

**Taulukko 9.** Elintarvikeryhmien suositeltavat vaihtoehdot (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, Hasunen ym. 2004).

Elintarvikeryhmä	Suosittelvat vaihtoehdot
Maito ja maitovalmisteet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rasvaton maito ja piimä</li> <li>• Rasvainen tai vähärasvainen (rasvaa <math>\leq 1</math> %) jogurtti tai viili</li> <li>• Juustot, joiden rasvapitoisuus <math>\leq 17</math> %</li> <li>• Raejuusto, maustamaton maitorahka</li> </ul>
Rasvat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pehmeät kasviöljypohjaiset leipärasvat (margariini)</li> <li>• Kasviöljyt</li> <li>• Juokseva margariini</li> <li>• Kasviöljypohjaiset salaattinkastikkeet</li> </ul>
Kala	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2-3 kertaa viikossa</li> <li>• Raskauden aikana käytön rajoitukset otettava huomioon</li> </ul>
Liha- ja lihavalmisteet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Naudan- ja sianliha, josta näkyvä rasva on poistettu</li> <li>• Broilerin-, kanan- ja kalkkunanliha ilman nahkaa</li> <li>• Paistinjauheliha (rasvaa <math>\leq 10</math> %), broilerin- ja kalkkunanjauheliha</li> <li>• Riista</li> <li>• Vähärasvaiset täyslihalleikkeet, keittokinkku, kalkkuna- ja broilerileike (rasvaa <math>\leq 4</math> %)</li> </ul>
Leipä ja muut viljavalmisteet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Täysjyväleipä, jossa kuitua <math>\geq 6</math> %</li> <li>• Puurot ja vellit täysjyvähiutaleista</li> <li>• Täysjyväriisi ja – pasta</li> <li>• Talkkuna, vähäsuolaiset täysjyvämurot ja – myslit</li> <li>• Kahvileipänä pulla ja muut hiivataikinalaivonnaiset</li> </ul>
Peruna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keitettynä, uunissa kypsennettynä, keitoissa ja laatoissa ilman rasva- ja kermalisiä</li> </ul>
Kasvikset, marjat ja hedelmät	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vähintään 400 g / pv</li> <li>• Kasvikset raasteina, salaatteina, lämpiminä lisäkkeinä sekä keitto-, pata- ja laattikoruissa</li> <li>• Marjat ja hedelmät sellaisenaan, jälkiruoissa tai leivonnaisissa</li> </ul>
Juomat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vesi ja vähänatriuminen kivennäisvesi janojuomana</li> <li>• Rasvaton maito tai piimä ruokajuomana</li> <li>• Suodatinkahvi ja tee</li> <li>• Täysmehuja ja nektareita voit nauttia aterioiden yhteydessä enintään 2 dl päivässä</li> </ul>

Monipuolisen ruokavalion koostamisen apuna käytetään lautasmallia, jonka avulla aterialta saa sopivassa suhteessa ravintoaineita ja energiaa. Lautasmallin mukainen ateria koostetaan niin, että puolet lautasesta täytetään kasviksilla ja yksi neljäsosa lihalla, siipikarjalla, kalalla tai kasviperäisillä proteiininlähteillä. Viimeinen neljännes täytetään lisukkeella, kuten perunalla, täysjyväriisillä tai – pastalla. Ateriaa täydennetään siivulla täysjyväleipää levitteineen sekä lasillisella rasvatonta maitoa tai piimää. Jälkiruoaksi sopii hedelmä. Uusimmissa ravitsemussuosituksissa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005) on myös liikunta otettu mukaan, ja sitä tulisi harrastaa vähintään puoli tuntia päivässä.

## 2.2.6 Ruokavalio turvallisuus – raskauden ajan erityissuosituks

Raskausajan ravitsemukseen liittyy myös tiettyjä kieltoja ja rajoituksia (Hasunen ym. 2004). Rajoitukset koskevat sellaisia ruoka-aineita, joissa voi olla ainesosia tai sinne kuulumattomia vierasaineita tai mikrobeja, jotka voivat vaikuttaa haitallisesti raskauden kulkuun tai sikiön kehitykseen (Taulukko 10). Maksa sisältää runsaasti A-vitamiinia, joka suurina annoksina saattaa lisätä sikiövaurioiden ja keskenmenon riskiä (Lavikainen ym. 2007). Vaurioiden tyyppi ja vaikeusaste riippuvat altistuksen suuruudesta ja sikiönkehityksen vaiheesta. Jo yksittäinenkin suuri retinoidiannos raskauden aikana voi olla haitallinen sikiölle. Sikiö on herkkä vieraiden aineiden haitoille, koska niiden vaikutukset kohdistuvat usein keskushermostoon, maksaan ja munuaisiin (Hasunen ym. 2004). Esimerkiksi raskauden aikainen kadmiumaltistus on liitetty ennenaikaiseen synnytykseen ja lapsen alhaiseen syntymäpainoon (Lavikainen ym. 2007). Myös lyijy kulkeutuu helposti istukan läpi ja voi aiheuttaa sikiönkehityksen häiriöitä. Lyijyaltistus lisää sikiökuolemien ja keskenmenon riskiä ja saattaa aiheuttaa lievien rakenteellisten poikkeavuuksien kehittymistä sekä sikiön neuropsykologisen kehityksen häiriintymistä.

**Taulukko 10.** Raskauden aikana rajoitetusti käytettävät ja vältettävät ruoka-aineet (Hasunen ym. 2004, Lavikainen ym. 2007).

Ruoka-aine	Erityissuositus käytöstä	Suosituksen perusteet
Maksa, maksaruoat ja maksamakkara	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maksaruokia tulisi välttää kokonaan</li> <li>• Maksamakkaraa ja –pasteijaa voi käyttää n. 30 g/pv, enintään 200 g/vk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sisältävät runsaasti A-vitamiinia ja raskasmetallipitoisuudet voivat olla haitallisen korkeita</li> </ul>
Liha	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liha vain hyvin kypsennettynä</li> <li>• Ei tartarpihviä, raakaa jauhelihaa, riimilihaa, parmankinkkua</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tokoplasmainfektion riski</li> <li>• E.Coli-riski</li> </ul>
Siipikarja, kananmuna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Siipikarjanliha vain hyvin kypsennettynä</li> <li>• Valmistusvaiheessa kiinnitettävä huomiota ruoanvalmistushygieniaan</li> <li>• Ei raakoja kanamunia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salmonellavaara</li> <li>• Kampylobakteerivaara</li> </ul>

jatkuu

**Taulukko 10.** jatkuu

Ruoka-aine	Erityissuositus käytöstä	Suosituksen perusteet
Kala	<ul style="list-style-type: none"> <li>Haukea ei lainkaan</li> <li>Itämeren alueen isoa silakkaa (yli 17 cm) tai lohta enintään 1-2 kertaa kuu-kaudessa</li> <li>Sisävesialueen isokokoista ahventa, kuhaa ja madetta rajoitetusti</li> <li>Tyhjiö- ja suojakaasuun pakattuja kylmäsavustettuja ja graavisuolattuja kalatuotteita ja mätää vain kuumennettuna</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sisältää korkeita elohopeapitoisuuksia</li> <li>Sisältävät korkeita dioksiini- ja PCB-pitoisuuksia</li> <li>Sisältävät korkeita elohopeapitoisuuksia</li> <li>Listeriavaara</li> </ul>
Maitotuotteet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ei pastöroimatonta maitoa tai siitä valmistettuja juustoja</li> <li>Ei pastöroidusta maidosta valmistettuja home- tai kit-tijuustoja kuumentamattomana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Listeriavaara</li> </ul>
Ulkomaalaiset pakastevadelmat	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tulee kuumentaa vähintään 2 min 90 ° C asteessa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Noro-virusvaara</li> </ul>
Kahvi ja kofeiinipitoiset juomat	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kofeiinia suositellaan enintään 300 mg/vrk, mikä vastaa n. 3 kupillista kahvia</li> <li>Energiajuomia ei suositella lainkaan</li> <li>Noin 2 litrassa kolajuomaa on 300 mg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kofeiini voi aiheuttaa sydämentykytystä, vapinaa ja närästystä</li> </ul>
Lakritsi ja salmiakki	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ei suositella säännöllistä käyttöä</li> <li>Kerta-annoksen tulee olla korkeintaan 50 g/vrk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sisältävät glykyrritsiinihappoa, joka aiheuttaa turvotusta ja nostaa verenpainetta</li> </ul>
Pellavansiemenet ja pellavarouhe	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ei suositella lainkaan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sisältävät kadmiumia ja syaanivetyä</li> </ul>
Keinotekoiset makeutusaineet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sakariinia (E954) ja sykla-maattia (E952) ei suositella lainkaan</li> <li>Muita makeutusaineita voi käyttää</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vaikutusta sikiön terveyteen ei tunneta</li> </ul>
Merilevävalmisteet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ei tule käyttää, jos jodipitoisuus ei ole tiedossa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liiallinen jodin saanti kilpirauhasen toimintaa ja sikiön kehitystä</li> </ul>
Yrttiteet, kasvirohdosvalmisteet, luontain tuotteet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ei suositella lainkaan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Turvallisuutta ei ole tutkittu</li> <li>Voivat sisältää luontaisia haitta-aineita</li> </ul>
Idut	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ei suositella lainkaan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Salmonellavaara</li> </ul>
Korvasienet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ei suositella lainkaan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sisältävät gyromitriinijäämiä käsittelystä huolimatta</li> </ul>



Suurin osa raskauden aikaisista ruokavalion rajoituksista liittyy erilaisiin infektioihin, joilla voi olla vakavia seurauksia sikiönkehityksen kannalta (Taulukko 10). Elintarvikevälikkeisiä infektioita aiheuttavat mm. salmonellat, kampylobakteerit, yersinia, listeria, shigella ja E. coli (Hasunen ym. 2004). Esimerkiksi listeria on yleinen maaperän ja vesien bakteeri ja se voi aiheuttaa listerioosi-infektion. Terveelle normaalisti harmiton infektio aiheuttaa raskaana olevilla kuumetautia, joka muistuttaa tavallista influenssaa, ja se voi johtaa keskenmenoon tai ennenaikaiseen synnytykseen. Toksoplasmainfektion aiheuttaa taas Toxoplasma gondii, jota esiintyy maailmanlaajuisesti. Raskauden aikainen toksoplasmainfektio voi aiheuttaa sikiön tai vastasyntyneen toksoplasmoosin, joka vaurioittaa aivoja, näköä ja kuuloa. Elintarvike- ja käsihygieniasta huolehtiminen sekä elintarvikkeiden kuumentaminen ovat tehokkaita keinoja vähentää elintarvikevälikkeisten infektioiden riskiä (Hasunen ym. 2004).

### **2.3 Äitiysneuvolan ravitsemusohjaustutkimukset ja -hankkeet**

Ravitsemusohjausta äitiysneuvoloissa on tutkittu Suomessa vain vähän ja tutkimukset ovat olleet sekä neuvoloiden hoitajilta että odottavilta äideiltä suunnattuja kyselytutkimuksia (Taulukko 11 ja 12) (Perälä ym. 1998, Piirainen ym. 2004, Huurre ym. 2006, Ilmonen ym. 2007). Perälän ja työtovereiden (1998) tutkimuksessa selvitettiin, mitä palveluja naiset ovat käyttäneet viime raskauden aikana, millaisiksi he arvioivat palvelut sekä naisten näkemyksiä äitiysneuvolakäyntien määrästä ja mieluisammasta synnytyksen paikasta. Suurin osa odottavista äideistä piti ravinto- ja ruokailuaiheen käsittelyä hyvin tai melko tärkeänä ja lähes kahdeksan kymmenestä aiheen käsittelyä riittävänä. Ongelmallista tutkimuksessa on se, että osalla vastanneista palvelujen käyttökokemuksen ja kyselyyn vastaamisen välillä oli pitkä aika. Lisäksi se koskee äitiysneuvolapalveluiden käyttökokemuksia 1990-luvulla tai sitä ennen, jonka jälkeen palveluissa ja niiden käyttökokemuksissa on mahdollisesti tapahtunut suuriakin muutoksia.

**Taulukko 11.** Tutkimuskooste: Asiakkaiden näkemyksiä äitiysneuvolassa saamastaan ravitsemusohjauksesta.

Viite	Tutkimuksen tavoite	Aineisto (n)	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Perälä ym. 1998	Kuvata raskauden aikaisten terveyspalveluiden käyttöä sekä naisten arvioita niistä viimeisimmän raskauden aikana	1 289 äitiä	Kyselytutkimus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ravinto ja ruokailu – aiheen käsittelyn tärkeys <ul style="list-style-type: none"> <li>58 % hyvin tärkeä</li> <li>39 % melko tärkeä</li> <li>1 % ei tärkeä</li> </ul> </li> <li>Ravinto ja ruokailu – aiheen käsittelyn riittävyys <ul style="list-style-type: none"> <li>77 % riittävä</li> <li>12 % ei riittävä</li> <li>11 % ei tietoa</li> </ul> </li> <li>Suurin osa äideistä oli melko tyytyväisiä mahdollisuuksiinsa osallistua neuvolassa omia asioitaan koskevaan päätöksentekoon</li> <li>Tietoa päätöksen teon tueksi äidit arvioivat saaneensa parhaiten</li> <li>Tyytymättömmimpiä he olivat erilaisista vaihtoehtoista keskustelemiseen sekä kokemukseen itseluottamuksen lujittamisesta.</li> </ul>
Piirainen ym. 2004	Selvittää odotavien äitien ravitsemusohjauksen käytäntöjä	215 äitiä	Kyselytutkimus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Äidit arvioivat saamansa ravitsemusohjauksen laadun hyväksi (keskimäärin 8,3 kouluarvosana-asteikolla, vaihteluväli 4–10)</li> <li>Äidit pitivät keskeisimpänä ravitsemuspulmana matalaa hemoglobiinia, pahoinvointia ja ruokaan liittyviä mielitekoja</li> <li>60 % äideistä kertoi saaneensa ohjausta raskaudenaikaisesta painonnoususta ja 16 % D-vitamiinilisän käytöstä.</li> </ul>
Huurre ym. 2006	Selvittää, miten ravitsemusohjaus vastaa ravitsemus-suosituksia	215 äitiä	Kyselytutkimus	<ul style="list-style-type: none"> <li>83 % äideistä ilmoitti saaneensa ravitsemusohjausta</li> <li>81 % ylipainoisista asiakkaista ilmoitti saaneensa ohjausta painonhallinnasta.</li> </ul>

Piiraisen ja työtovereiden (2004) sekä Huurteen ja työtovereiden (2006) tutkimukset on tehty samasta aineistosta, jossa kyselylomakkeita lähetettiin koko maata edustavalle otokselle kaikkiin sairaanhoitopiireihin väkimäärään suhteutettuna (Taulukko 11 ja 12). Tutkimusten tarkoitus oli arvioida tämän hetkisten suositusten toteutumista ja siltä pohjalta päivittää koulutusta ja kehittää ravitsemusohjausta. Kyselylomakkeet lähetettiin 200 äitiys- ja lastenneuvolaan. Neuvoloissa kyselylomake osoitettiin yhdelle hoitajalle (n = 200) ja hoitajia pyydettiin jakamaan lomake neljälle asiakkaalle (n = 800). Äitiysneuvolan hoitajista vastasi noin 80 % ja asiakkaista hieman yli puolet. Asiakkaiden osalta tutkimusaineisto voi mahdolli-

sesti olla jollakin tapaa valikoitunutta. Äitiysneuvoloille suunnatussa ravitsemusohjausta koskevassa kyselyssä oli 19 kysymystä hoitajalle ja 21 kysymystä asiakkaalle ja ne olivat muodoltaan strukturoituja, puolistrukturoituja ja avoimia kysymyksiä.

Piiraisen ja työtovereiden (2004) mukaan ravitsemusohjaus neuvoloissa painottuu kieltoihin ja eri ruokien välttämissuosituksiin, vaikka parhaat tulokset saavutettaisiinkin käytännönläheisellä, yksilöllisellä, myönteisellä ja asiakaskeskisellä ohjauksella. Osa ravitsemussuosituksista toteutui neuvoloissa, mutta joissakin tilanteissa ohjauskäytännöt poikkesivat suosituksista. Esimerkiksi hoitajien antama ohjaus raskauden aikaisesta painonlisäyksestä vastasi suosituksia, mutta suositus D-vitamiinilisän käyttämisestä talvikuukausina ei toteutunut. Kysymysten avoin muoto ja kyselyn suorittamisen ajankohdan sijoittuminen kevääseen kuitenkin mahdollisesti vaikuttivat siihen, että vain alle viidennes odottavista naisista ilmoitti saaneensa ohjausta D-vitamiinilisän käytöstä. Tutkijat nostavat esiin myös huolensa siitä, että lastenneuvolassa keskitytään vain lapsen terveyden seurantaan (Piirainen ym. 2004). Perhekeskeiselle ravitsemusohjaukselle olisi tarvetta myös lapsen syntymän jälkeen, sillä äidin ruokavalio vaikuttaa rintamaidon koostumukseen (Innis 2011), ruokailutottumukset muodostuvat varhain lapsuudessa (Birch ym. 1998) ja toisaalta raskaus lisää naisen ylipainon tai lihavuuden kehittymisen riskiä (Johnson ym. 2006).

**Taulukko 12.** Tutkimuskooste: Terveystenhoitajien näkemyksiä äitiysneuvolan ravitsemusohjauksesta.

Viite	Tutkimuksen tavoite	Aineisto (n)	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Piirainen ym. 2004	Selvittää odotavien äitien ravitsemusohjauksen käytäntöjä	82 hoitajaa	Kyselytutkimus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vain 15 % terveydenhoitajista ilmoitti nykykäytäntöjen olevan hyvät</li> <li>Hoitajat arvioivat ravitsemustietouttaan hyväksi (keskimäärin 8,3 kouluarvosana-asteikolla, vaihteluväli 7–10) ja ravitsemusohjaustaitojaan tyydyttäväksi (keskimäärin 7,8, vaihteluväli 6–9)</li> <li>Hoitajat pitivät keskeisimpinä ravitsemuspulmina painonlisäystä ja kohonnutta veren glukoosipitoisuutta sekä ylipainoa ja yksipuolista ruokavaliota</li> <li>60 % hoitajista kertoi tarjonneensa ohjausta D-vitamiinilisän käytöstä</li> <li>Lähes kaikki terveydenhoitajat (99 %) mainitsivat keskustelewansa asiakkaiden kanssa raskaudenaikaisista painonlisäys-suosituksista.</li> </ul>
Huurre ym. 2006	Selvittää, miten ravitsemusohjaus vastaa ravitsemus-suosituksia	82 hoitajaa	Kyselytutkimus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Terveystenhoitajista lähes kaikki (99 %) ilmoittivat tarjonneensa ravitsemusohjausta</li> <li>Yleisesti ohjaus sisälsi neuvoja terveellisen ja monipuolisen ruokavalion koostamisesta sekä liiallisen sokerin, suolan ja rasvan välttämisestä</li> <li>Kaikki terveydenhoitajat ilmoittivat tarjoavansa ohjausta painonhallinnasta ylipainoisille naisille.</li> </ul>
Ilmonen ym. 2007	Selvittää neuvoloiden hoitajien ravitsemus-koulutusta ja –neuvonnan käytäntöjä sekä niiden kehittämistarpeita	327 hoitajaa	Sähköinen kyselytutkimus	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ravitsemusohjaukseen käytetty aika oli keskimäärin 11 minuuttia (vaihteluväli 1,5–60 minuuttia)</li> <li>Terveystenhoitajat ovat kiinnostuneita ravitsemuksesta ja kokevat sen tärkeäksi osaksi neuvolan asiakastyötä</li> <li>41 % terveydenhoitajista oli sitä mieltä, että vastaanottoaika on riittävä ravitsemusneuvontaan</li> <li>Yleisin tapa ruokavalion koostumuksen selvittämiseen oli vapaamuotoinen keskustelu</li> <li>Hoitajista 68 % oli tuntenut epävarmuutta ravitsemukseen liittyvissä asioissa</li> <li>Ravitsemusohjauksen kehittämistarpeita kysyttäessä lähes puolet (48 %) vastaajista raportoi keskeisimmäksi kehittämiskohdeksi oman tietämyksen lisäämisen ja ravitsemuksen pääkohtien hallinnan</li> <li>Suurin osa terveydenhoitajista toivoi ravitsemukseen liittyvän koulutuksen lisäämistä perusopetukseen (98 %) sekä täydennyskoulutusta (89 %).</li> </ul>

Ilmosen ja työtovereiden (2007) tutkimus toteutettiin valtakunnallisesti sähköisellä kyselylomakkeella, jossa oli avoimia ja monivalintakysymyksiä sekä väittämiä (Taulukko 12). Kyselyyn hyväksytysti vastasi puolet kyselyn saaneista hoitajista ( $n = 327$ ). Tutkimuksessa oli tarkoituksena selvittää tämänhetkinen tilanne hoitajien ravitsemuskoulutuksesta, koulutuksen tarpeista ja ravitsemusneuvonnan käytännöistä sekä arvioida internetin toimivuutta uutena kanavana. Kehittämistarpeista keskeisimmäksi nousi oman tietämyksen lisääminen ja ravitsemuksen pääkohtien hallinta. Terveystenhoitajat kaipaivat keinoja asiakkaan motivointiin ja yhteistyön edistämiseen perheen kanssa. Näiden lisäksi he kaipaivat ravitsemusneuvonnasta ja neuvontamenetelmistä selkeitä ja yhtenäisiä ohjeita, asiakkaille jaettavia oppaita, riittävää vastaanottoaikaa sekä mahdollisuutta konsultoida asiantuntijoita. Ravitsemuskoulutuksen lisäämistä kaivattiin sekä perusopetukseen että täydennyskoulutukseen (Ilmonen ym. 2007).

Luodon ja työtovereiden (2011) mukaan tehostetulla liikunta- ja ravitsemusohjauksella voidaan ehkäistä äidin sokeriaineenvaihdunnan häiriöihin liittyvää sikiön suuripainoisuutta riskiryhmään kuuluvilla synnyttäjillä. NELLI-tutkimukseen (Neuvonta, elintavat ja liikunta neuvolassa) osallistui yhteensä 841 pirkanmaalaista äitiä. Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia, voidaanko riskiryhmään kuuluvien äitien tehostetulla ravitsemus- ja liikuntaohjauksella sekä painonkehitystä kirjaamalla ehkäistä raskausdiabeteksen puhkeamista ja lapsen suurikokoisuutta. Lisäksi tavoitteeksi asetettiin kustannusvaikuttavuuden ja elämänlaadun selvittäminen sekä metaboolisen oireyhtymän yleisyyden arviointi vuosi synnytyksen jälkeen. Interventior ryhmän odottavat äidit saivat terveydenhoitajilta viisi kertaa tehostettua elintapaohjausta liikunnasta, ravitsemuksesta ja painonlisäyksestä. Osana tutkimushanketta kehitettiin reissuvihko terveydenhoitajan tarjoaman ravitsemus- ja liikuntaohjauksen tueksi. Reissuvihko auttoi odottavaa äitiä seuraamaan raskaudenaikaista painonnousua, asettamaan raskausajan ruokavalio- ja liikuntatavoitteita sekä seuraamaan viikoittain niiden toteutumista. Äideille järjestettiin myös fysioterapeutin ohjaamia kuukausittaisia liikuntatapaamisia. Kontrolliryhmän seuranta järjestettiin äitiysneuvoloissa tavanomaiseen tapaan. Tutkimuksessa kerättiin jokaisella raskauskolmanneksella kyselylomakkeilla tietoa liikunnasta, ravitsemuksesta, elämänlaadusta (15D-mittari) ja koetusta terveydestä. Interventior yhmässä äidit saavuttivat merkitsevästi paremmin neljä viidestä ravitsemustavoitteesta (kokonaisrasvan, tyydyttymättömien ja tyydyttyneiden rasvahappojen, sakkaroosin ja kuidun saanti) kuin kontrolliryhmässä. Interventior yhmässä kuidun saanti ( $p=0,023$ ) ja monityyydyttymättömien rasvahappojen saanti ( $p=0,001$ ) lisääntyi samalla, kun tyydyttyneen rasvan saanti ( $p=0,01$ ) ja sakkaroosin ( $p=0,023$ ) saanti vähentyi. Interventior yhmässä lapsen syntymäpaino oli keskimäärin 133 g pienempi ( $p=0,008$ ) ja sikiöaikaan nähden suuripainoisten vastasyntyneiden

määrä vähäisempi ( $p=0,042$ ) kuin kontrolliryhmässä. Interventoriyhmässä vähintään kohtalaisesti kuormittavan liikunnan määrä väheni lähtötasosta raskausviikolle 26-28 vähemmän kuin kontrolliryhmässä. Interventiolla ei kuitenkaan ollut vaikutusta raskausdiabeteksen puhkeamiseen (Luoto ym. 2011).

Viime vuosien aikana äitiysneuvolassa tapahtuvaan elintapaohjaukseen ja sen kehittämiseen on kiinnitetty huomiota. Tästä esimerkkinä on Suomen Sydänliiton kehittämä Neuvokas Perhe – menetelmä, joka hyödyntää perhe- ja voimavaralähtöistä lähestymistapaa (Suomen Sydänliitto ry 2011). Se on tällä hetkellä käytössä jo useissa äitiys- ja lastenneuvoloissa. Menetelmän käytön tavoitteena on ohjata perhettä heidän tarpeistaan lähtien ja voimavarojaan tukien sekä auttaa perhettä itse arvioimaan omia tottumuksiaan. Myös UKK-instituutti järjestää NELLI-tutkimukseen perustuvaa tilauskoulutusta raskauden ajan liikunta- ja ravitsemusneuvonnasta ja tutkimuksessa käytettyä terveysneuvonnan asiakasmateriaali on tilattavissa (UKK-instituutti 2011).

### **3 TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TUTKIMUKSEN TAVOITTEET**

Pro gradu – työni tavoitteena on kuvata lasta odottavan äidin tai pariskunnan ja äitiysneuvolan terveydenhoitajan välistä vuorovaikutustilannetta ja ravitsemukseen liittyvään keskustelua äitiysneuvolan ensikäynnillä. Äitiysneuvolan ensikäynnin ravitsemuskeskustelun vuorovaikutusta ja sisältöä ei ole aikaisemmin tutkittu sellaisilla laadullisilla tutkimusmenetelmillä ja -aineistoilla, jotka mahdollistavat keskustelukäytäntöjen yksityiskohtaisen analyysin. Työn tavoitteena oli kuvata ravitsemusohjauksen tämän hetkisiä käytäntöjä.

Tutkimuskysymykseni olivat seuraavat:

1. Miten terveydenhoitaja selvitti asiakasperheen ravitsemustottumuksia?
2. Miten terveydenhoitaja käytti ohjausaineistoja ravitsemusohjauksen tukena?
3. Mitkä olivat ravitsemusohjauksen keskeiset sisällöt ja vuorovaikutuskäytännöt?

## 4 TUTKIMUSMENETELMÄT

### 4.1 Keskustelunanalyysin lähtökohtia

Terveystenhoitajan ja äidin tai pariskunnan välisen keskustelun ja vuorovaikutuksen kuvaamiseen todellisessa tilanteessa sovelletaan keskusteluanalyttisten lähestymistavan periaatteita. Keskustelunanalyysi nähdään usein osana etnometodologista tutkimusta (Heritage 1996). Se perustuu metodeiltaan ja näkemyksiltään niihin luentosarjoihin, joita etnometologian perustajan Harold Garfinkelin oppilas Havey Sacks piti vuosina 1964 – 1972 (Hakulinen 1997a). Heritage (1996) on tiivistänyt keskustelunanalyysin lähtökohdat kolmeksi perusolettamukseksi: ”1) Vuorovaikutus on yksityiskohtiaan myöten rakenteellisesti jäsentynyttä; 2) Osallistuessaan vuorovaikutukseen asianosaiset ottavat huomioon kontekstin; 3) Vuorovaikutuksen rakenteellinen jäsentyneisyys ja kontekstin huomioon ottaminen ulottuvat kaikkiin vuorovaikutuksen yksityiskohtiin siten, ettei mitään yksityiskohtaa voida ohittaa merkityksettömänä”. Keskustelu ei siis ole kaaos, vaan vuorovaikutus on yksityiskohtiaan myöten järjestynyttä ja jäsentynyttä toimintaa (Hakulinen 1997b). Jäsennysten avulla keskustelijat tekevät sosiaalisia tilanteita yhteisesti ymmärrettäviksi (Raevaara ym. 2001). Keskeisiä jäsennyksiä ovat esimerkiksi vuorottelu- ja sekvenssijäsennys. Vuorovaikutuksen osallistujat säätelevät keskustelun etenemistä vuorottelujäsennyksen avulla ja järjestävät vuoronsa siten, että ne muodostavat muiden vuorojen kanssa toimintajaksoja eli sekvenssejä.

Keskustelu on dynaaminen ja osallistujat tekevät jatkuvasti tulkintoja meneillään olevasta keskustelusta toimiakseen tilanteen vaatimalla tavalla (Raevaara ym. 2001). Osallistujat siis muokkaavat puheenvuoroaan kontekstiin sopivaksi, mutta toisaalta puheenvuorot myös muokkaavat kontekstia. Heritage on tiivistänyt teorian kolmeen kohtaan: ”1) Vuorovaikutukseen osallistujat suhteuttavat puheenvuoronsa edeltävään puheeseen, useimmiten juuri edelliseen puheenvuoroon. Tällä tavoin heidän puheensa on edeltävän kontekstin muokkaama. 2) Meneillään olevalla toiminnallaan (esim. esittäessään kutsun) puhuja luo odotukset, että puheen vastaanottaja ottaa seuraavaksi puheenvuoron ja suhteuttaa sen puhujan vuoroon (esim. hyväksymällä tai hylkäämällä esitetyn kutsun). Näin tämä seuraavan vuoron käyttäjä vuorostaan muokkaa kontekstia seuraavaa vuoroa varten. 3) Näissä seuraavissa vuoroissaan osallistujat tuovat ilmi, millä tavoin he ymmärtävät edeltävän puheenvuoron, ja nämä ymmärrykset taas joko vahvistetaan tai niitä korjataan seuraavissa puheenvuoroissa”.

Mikään, mitä sanotaan, ei myöskään ole irrotettavissa siitä, miten se sanotaan (Hakulinen 1997a). Tämän vuoksi on tärkeää, että analyysissä huomioidaan myös ”ei-kielelliset” ainek-



set, kuten tauot, nauramiset ja yskähdykset. Kieli on myös joustava ja sen merkitys syntyy viime kädessä vastaanottajan päättelyprosessista, ilmauksen ja kontekstin yhteisvaikutuksesta.

Keskustelunanalyysissä tutkitaan toiminnan merkitystä ja niitä kategorisointeja ja kategorioita, joita ihmiset puheessaan luovat (Hakulinen 1997a). Tutkitaan esimerkiksi sitä, miten keskustelijat kysyvät, käskvät, ehdottavat tai ottavat kantaa, mutta myös sitä, miten ihmiset luovat puheellaan identiteettinsä esimerkiksi terveydenhoitajana ja äitinä.

Keskustelunanalyysi haluaa selvittää, mitä kaikkea puheenvuoroilla saadaan aikaiseksi (Hakulinen 1997a). Havainnoinnin kohteena on se, miten keskusteluissa rakennetaan puheteoilla merkityksiä ja vuorovaikutusta eli millaisista mekanismeista, säännöistä ja neuvotteluista keskustelut muodostuvat. Havainnot ja analyysi tehdään aina luonnollisista vuorovaikutustilanteista kerätyistä aineistoista, eikä esimerkiksi haastattelutilanteista, joissa tutkija ohjaa keskustelun kulkua (Heritage 1996). Nauhoitetut aineistot ovat keskustelunanalyysissä tärkeitä, sillä niistä saadaan selville todellisen vuorovaikutustilanteen rikkaus ja monimuotoisuus (Heritage 1996). Ne mahdollistavat vuorovaikutustapahtumien toistettavan ja yksityiskohtaisen erittelemisen. Se avaa myös muille tutkijoille pääsyn niihin aineistoihin, joiden pohjalta väitteet on esitetty ja mahdollistaa sitä kautta aineistosta tehtyjen päätelmien luotettavuuden tarkistamisen. Litterointi eli puheen ja vuorovaikutuksen siirtäminen paperille mahdollisimman tarkasti on keskustelunanalyysin oleellinen osa, ja siinä tehdyt ratkaisut vaikuttavat tutkimuksen tuloksiin (Seppänen 1997).

#### **4.1.1 Vuorottelujäsennys**

Vuorotellen toimiminen on yksi keskeinen sosiaalisen järjestyneisyyden muoto ja vuorotellen puhuminen mahdollistaa järjestäytyneen keskustelun (Hakulinen 1997b). Vuorottelujäsennyksen avulla säädellään keskustelua siten, että vain yksi henkilö puhuu kerrallaan. Vuorotellen puhumista pidetään normaalina. Keskeyttämistä, yhtä aikaa puhumista ja pitkiä taukoja taas pidetään huomionarvoisena seikkana. Puhujat tekevät myös päätelmiä kielenkäytön perusteella toisten asenteista ja luonteista. Keskustelun sujumattomuus voi taas johtua alkukankeudesta tai kireästä tunnelmasta. Vuorottelujäsennys on yhtä aikaa sekä kontekstista riippumaton että kontekstiin reagoiva. Siihen vaikuttavat osallistujien lukumäärä ja muut kontekstiseikat, joihin se sopeutuu. Toisaalta nämä seikat eivät kuitenkaan muuta itse vuorottelun periaatteita.

Toinen keskustelunanalyysin huomion kohteena oleva vuorottelujäsennyksen ominaisuus on puheenvuorojen koostumus (Hakulinen 1997a). Kielitieteellinen tutkimus on kiinnostunut

kielen rakenteen yksiköistä, mutta keskustelunanalyysin näkökulma on erilainen kuin teoreettisissa kielioppimalleissa. Keskustelunanalyysissä lausetta tarkastellaan reaaliajassa vuorotteluprosessin osana. Puheessa havaittavia jaksoja nimitetään lausumiksi, jotka esiintyvät vuoroissa rakenneyksikköinä. Lausuma yksin tai yhdessä muiden lausumien kanssa muodostaa puheenvuoron. Keskustelunanalyysissä pyritään tarkastelemaan lausumia sellaisenaan, eikä tehdä kieliopin tutkimukseen liittyvää normatiivista tutkimuskohteen esikarsintaa. Kielitieteessä tutkimuksen kiinnostuksen kohteena voi olla se, puhuuko joku kieliopillisesti oikein. Keskustelunanalyysi pyrkii kuvaamaan esimerkiksi sitä, miksi vuoro sanotaan juuri tässä kohdassa.

Vuoron rakenneyksiköt ovat niitä osia, joihin puheenvuoro toiminnallisesti jakautuu (Hakulinen 1997b). Rakenneyksikkö voi olla yksi tai useampi lausuma, esimerkiksi huudahdus, virke tai useampi lause. Keskustelussa vuorot eivät vaihdu sattumanvaraisesti, mutta niitä ei toisaalta ole ennalta myöskään sovittu. Siirtymän mahdollistava kohta (SMK) on puheessa sellainen kohta, jossa puhujan vuoron voidaan olettaa päättyneen. Osallistujat tunnistavat tällaisen kohdan esimerkiksi edellisen puheenvuoron sisällön, lauserakenteen tai äänenpainon avulla. Vuoronsiirtymän mahdollistavaan kohtaan liittyy usein myös ymmärtämistä, vuoron vastaanottamista osoittavia tai vuoroa jatkamaan rohkaisevia dialogipartikkeleita, kuten ”*nii*”, ”*joo*” ja ”*mm*”. Ne osuvat usein myös päällekkäin ensisijaisen puhujan puheen kanssa, mutta tällaisia tapauksia ei pidetä päällekkäispuhuna. Seuraavan vuoron jakamista ohjaavat säännöt, joita sovelletaan jokaisessa siirtymän mahdollistavassa kohdassa: 1) Jos vuoro on rakennettu niin, että sen käyttäjä valitsee seuraavan puhujan, on valittu henkilö oikeutettu ja velvoitettu ottamaan seuraava puheenvuoro. Muilla osallistujilla ei ole vastaavaa oikeutta tai velvollisuutta. 2) Jos seuraavaa puhujaa ei ole valittu, voi kuka tahansa valita itsensä seuraavaksi puhujaksi. Tällöin ensimmäisenä puhumisen aloittanut saa vuoron. 3) Jos seuraavaa puhujaa ei ole valittu, eikä kukaan valitse itseään seuraavaksi puhujaksi, voi viimeiseksi äänessä ollut itse jatkaa.

Useat keskusteluanalyttiset tutkimukset ovat osoittaneet, että monet institutionaaliset keskustelut eroavat arkikeskustelusta juuri vuorottelujäsennyksen suhteen (Hakulinen 1997b). Institutionaalisessa keskustelussa tilanne on usein epäsymmetrinen, jolloin toinen osapuoli kysyy kysymyksiä ja toinen vastaa niihin.

#### 4.1.2 Sekvenssijäsennys ja vierusparit

Sekvenssijäsennyksellä tarkoitetaan osallistujien tapaa järjestää puheenvuoronsa niin, että vuorot kiinnittyvät toisiinsa muodostaen toimintajaksoja eli sekvenssejä (Raevaara 1997). Kukin vuoro tulee ymmärtää suhteessa sitä ympäröiviin puheenvuoroihin. Puheenvuoro laaditaan aina sitten, että se sopii edelliseen puheenvuoroon ja lausuttu puheenvuoro ennakoi sitä, miten siihen vastataan. Esitetty puheenvuoro voi siis tehdä ehdotuksen siitä, millainen puheenvuoro sen jälkeen olisi relevantti (esim. suljettu kysymys). Esimerkiksi kysymys määritellään keskustelunanalyttisessä tutkimusperinteessä kysymykseksi ensisijaisesti vuorolla tehtävän toiminnan, eikä rakenteen perusteella (Raevaara 1993). Vuoro siis tulkitaan kysymykseksi, jos puhujat kohtelevat sitä kysymyksenä eli vastaanottavissa vuoroissa vastaavat siihen. Kysymyksen tehtävää hoitava vuoro voi rakenteeltaan olla yhtä hyvin kysymyskuin väitemuotoinenkin.

Kahden vuoron kokonaisuuksia, joiden välinen kytkös on erityisen vahva eli seuraavan vuoron tulee olla tietyn tyyppinen, kutsutaan vieruspareiksi. Vieruspareja voivat olla esimerkiksi tervehdys ja vastatervehdys, kysymys ja vastaus tai pyyntö ja sen hyväksyminen tai torjuminen. Schegloff ja Sacks (1973) kuvaavat vierusparia seuraavan viiden piirteen avulla: ”Vieruspari on 1) Kahden puheenvuoron muodostava toimintajakso, jossa nämä puheenvuorot ovat, 2) Vierekkäisiä, 3) Eri puhujan esittämiä, 4) Järjestäytyneet etu- ja jälkijäseneksi siten, että 5) Tietyn tyyppinen etujäsen vaatii tietyn tyyppisen jälkijäsenen.”

Jos puhuja tuottaa etujäseneksi tunnistettavan vuoron, hänen tulisi lopettaa ensimmäisessä mahdollisessa vuoron päätöskohdassa ja seuraavan puhujan tulisi tuottaa etujäsenen pariksi sopiva jälkijäsen (Heritage 1996). Vierusparin jälkijäsen voi antaa myös odotuksenvastaisen vastauksen etujäsenelle (Peräkylä ym. 2001). Odotustenvastainen vastaus tuotetaan usein viivytettynä, se sisältää epäröintiä ja selittelyä ja varsinainen asia esitetään vasta puheenvuoron lopussa.

## 4.2 Institutionaalinen keskustelu

Ihmisten välinen keskustelu on aina jollakin tapaa jäsentynyttä ja siinä tapahtuu aina esimerkiksi edellä kuvattua vuoronvaihtoa ja vierusparien rakentamista (Peräkylä 1997). Keskusteluanalyytikot ovatkin perinteisesti olleet kiinnostuneita esimerkiksi perheenjäsenten tai ystäväysten välisestä arkikeskustelusta, joka käydään mahdollisimmat neutraalissa ja tavanomaisessa ympäristössä.

Instituutioissa, kuten esimerkiksi terveydenhuollossa, oikeuslaitoksessa ja kouluissa, keskustelu eroaa arkikeskustelusta. Instituutiot voidaan määritellä erilaisten sääntöjen ja normien säätelemiksi sosiaalisten suhteiden kokonaisuuksiksi, joilla on keskeinen ja vakiintunut tehtävä yhteiskunnassa (Raevaara ym. 2001). Keskustelua voidaan kutsua institutionaaliseksi silloin, kun siihen osallistujat suorittavat institutionaalisia tehtäviään puhumalla (Peräkylä 1997). Keskusteluun osallistujat rakentavat puheellaan toimintansa kontekstin tietyksi instituutioksi (Heritage 2004). Tilanteen institutionaalisuus ja toimijoiden roolit rakentuvat paikallisesti hetki hetkeltä.

Institutionaalisisessa toiminnassa vuorovaikutustilannetta jäsentääkin siis joukko erityisiä institutionaalisia tehtäviä ja lisäksi sekä teoriassa että käytännössä muodostunut käsitys siitä, miten näitä tehtäviä tulisi suorittaa (Raevaara ym. 2001). Osapuolet suhteuttavat toimintaansa tiettyihin rooleihin, esimerkiksi terveydenhoitajan ja raskaana olevan naisen rooleihin. Osallistumista keskusteluun säätelevät erilaiset rajoitteet esimerkiksi keskustelun sisällöstä sekä siitä, kuka puhuu, kuka esittää kysymyksiä ja kuka vastaa. Ammatilainen usein kontrolloi vuorovaikutuksen kulkua ja toimii tiedollisena auktoriteettina (Peräkylä 1997). Vuorovaikutus on ainakin jossain määrin epäsymmetristä, sillä kysyminen mielletään nimenomaan ammattilaiselle kuuluvaksi toiminnaksi ja asiakkaiden tekemät kysymykset ovat harvinaisia. Esimerkiksi äitiysneuvolan vastaanoton aikana terveydenhoitajalla on tietynlainen rooli, jossa hän ammatilaisena johdattelee keskustelua, kyselee kysymyksiä ja tarjoaa ohjeita. Raskaana oleva nainen puolestaan toimii kysymyksiin vastaajana ja tiedon vastaanottajana. Asiakas voi esittää kysymyksiä esimerkiksi itseensä tai raskauteen liittyen, mutta ei henkilökohtaisia kysymyksiä terveydenhoitajalle. Institutionaalinen tilanne rajoittaa myös empatian osoittamista, sillä tilanteessa pidetään tärkeänä, että keskusteltavana ovat nimenomaan potilaan kokemukset, eivät ammatilaisen kokemukset (Ruusuvuori 2010). Huolenkerronnassa ja siihen vastaamisessa suuntaudutaan siis siihen, että ammatilaisen ja asiakkaan välinen tehtäväjako säilyy ja, että empatian osoittamisessa keskeistä on kokemuksen ymmärtäminen, ei sen jakaminen, kuten arkikeskustelussa voisi olla asianmukaista.

Monissa institutionaalisissa ympäristöissä keskustelulla on vakiintunut kulku ja kokonaisrakenne, jossa aloituksen ja lopetuksen väliin sijoittuu jotain keskustelusta toiseen samankaltaisena toistuvia piirteitä (Peräkylä 1997). Institutionaalisella keskustelussa asioiden käsittelyllä on aina myös päämäärä (Raevaara ym. 2001). Esimerkiksi äitiysneuvolan ensikäynnin aikana käsiteltävät aiheet on määriteltä kansallisissa suosituksissa (Viisainen 1999, Liite 1). Kun terveydenhoitaja avaa ravitsemuskeskustelun sanomalla *”ja sitten tää ravitsemus mikä nyt sua ällöttää aivan suunnattomasti mutta”* hän ilmaisee ymmärtävänsä sen että asiakas kärsii voimakkaasta raskauspahoinvoinnista. Toisaalta hän kuitenkin ilmaisee sanomalla *”mutta”* sitä, että ravitsemuskeskustelu kuuluu kuitenkin oleellisena osana ensikäynnin vastaanottokertaan ja se on asiakkaan pahoinvoinnista huolimatta käytävä läpi. Suositusten asettamat päämäärät ja toisaalta terveydenhoitajien koulutus vaikuttavat niihin institutionaaliin kohtauksiin, joita ammattilaiset työssään toteuttavat.

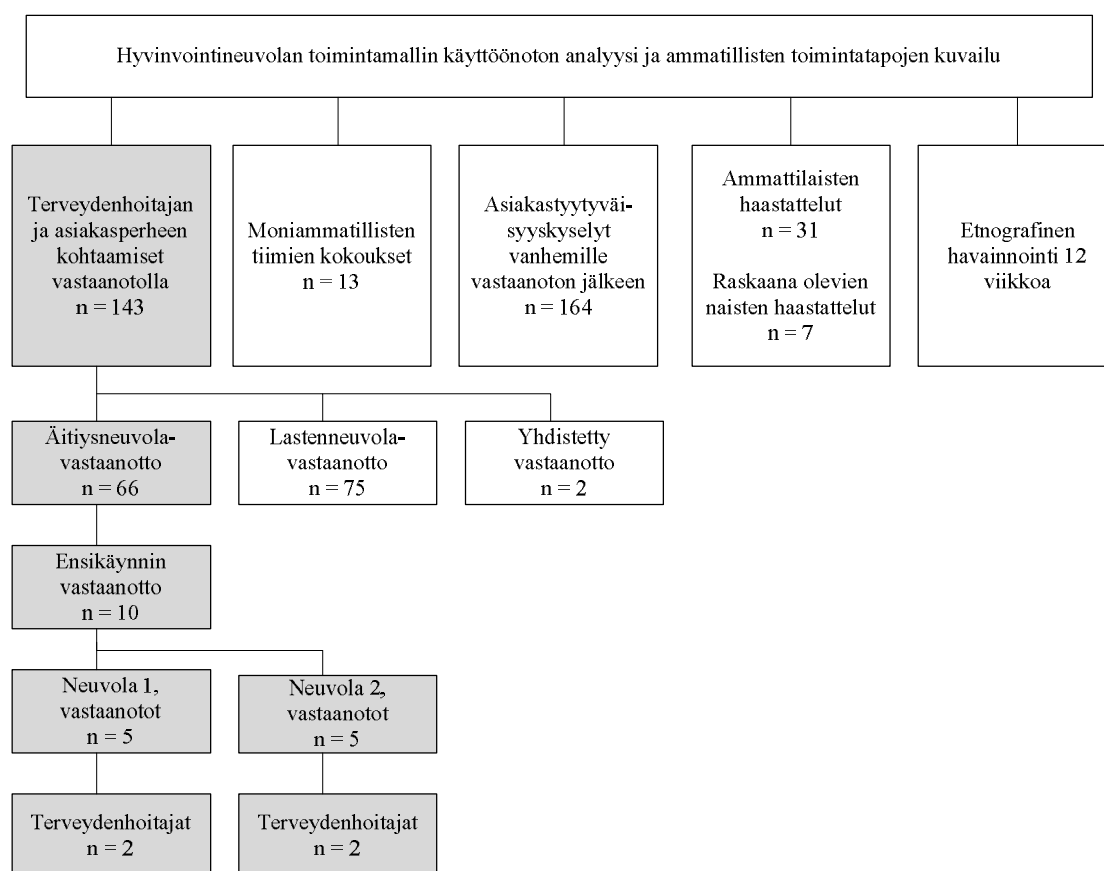
Puhujat toteuttavat institutionaalisissa keskusteluissaan rooliaan monin eri tavoin (Drew ja Heritage 1992, Peräkylä 1997). Niitä voidaan tutkia kiinnittämällä huomiota sanojen ja kuvauksen sekä responsiivisen toiminnan valintaan, toiminnan kielelliseen muotoilemiseen, sekvenssirakenteeseen, keskustelun kokonaisrakenteeseen, ammatillisen neutraalisuuden ja varovaisuuden ilmentymiseen tai vuorovaikutuksen symmetrisyyteen. Esimerkiksi sanomalla *”tota nii me ei oikestaan suositella mitään ylimääräisiä vitamiineja normaalitilanteessa normaaliruokaa syöville ihmisille paitsi deevitamiiniä”* terveydenhoitaja rakentaa keskustelun institutionaalisuutta käyttämällä me-pronominia, joka viittaa koko neuvolaan ja sen työntekijöihin. Responsiivisen toiminnan valinnalla tarkoitetaan toimijoiden vapautta valita seuraava toimintonsa, jolloin ensimmäisen toimijan teko (esim. kysymyksen, arvion tai kannanotto) ei koskaan ehdottomasti määrää seuraavaa, vaikkakin asettaa sille rajoituksensa. Toiminnan kielellisessä muotoilemisessa on kyse puheenvuoron laajemmasta rakenteesta ja muodosta. Tarkastelun kohteena voi olla myös ammatillinen neutraalisuus ja varovaisuus, jossa ammattilainen ja osin myös asiakas pyrkii puheessaan säilyttämään neutraalin suhteen käsiteltäviin asioihin ja välttämään moraalisia kannanottoja.

## **5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS**

Tässä luvussa kuvaan sekä tutkimuksessani käyttämäni aineistoa ja sen hankintaa mahdollisimman tarkasti että aineiston käsittelyä ja analyysin etenemistä. Myös eettiset kysymykset on otettu huomioon. Tutkimustulosten ymmärtäminen edellyttää, että lukijalla on riittävästi tietoa aineiston ominaisuuksista. Olen kuvannut äitiysneuvolan ensimmäisen vastaanottokäynnin vaiheita, sillä vastaanoton rakenne ja ravitsemusohjauksen sijoittuminen siihen on kokonaisuuden ymmärtämisen kannalta tärkeää hahmottaa.

## 5.1 Aineiston hankinta

Tutkimus on osa Tampereen kaupungin, Tampereen yliopiston sosiologian ja sosiaalipsykologian, terveystieteen sekä naistutkimuksen laitoksen tutkimusprojektia ”Ennaltaehkäisevä terveystyö neuvolassa: muuttuva asiakassuhde, tiimityö ja hyvinvointineurolamalli” (Ruusu-vuori ym. 2008). Tutkimus alkoi vuonna 2006 ja se jatkuu edelleen (Kuva 3). Oma tutkimukseni käsittelee vain äitiysneuvoloiden ensikäynneillä videoitua aineistoa ja niistä teh-tyjä litteraatioita.



**Kuva 3.** ”Ennaltaehkäisevä terveystyö neuvolassa: muuttuva asiakassuhde, tiimityö ja hyvinvointineurolamalli” – tutkimuksen tutkimusasetelmat ja aineistot (mukailtu Ruusu-vuori ym. 2008).

## 5.2 Aineiston kuvaus

Oma aineistoni koostuu kymmenestä äitiysneuvolan ensikäynnistä, jotka on videoitu kahdessa tamperelaisessa neuvolassa joulukuun 2006 ja lokakuun 2007 välisenä aikana. Videoiduilla vastaanottokertoilla oli neljä eri terveydenhoitajaa. Terveydenhoitajien taustatietoja, kuten ikää tai työuran pituutta ei tästä aineistosta ole saatavilla. Videoiden pituus vaihteli 31 minuutista 1 h 38 minuuttiin. Vastaanottokerran kokonaisaikaa on videoiden perusteella mahdotonta tutkia, sillä osa videoinneista sisältää klinisen tutkimisen ja osa ei. Yksi videoista myös katkeaa kesken terveydenhoitajan ja asiakkaan ravitsemuskeskustelun ja siirtyy tutkimushuoneeseen (Taulukko 13, asiakas 5).

**Taulukko 13.** Ravitsemuskeskustelun kesto ja äitiysneuvolan asiakkaiden ikä, aikaisempien synnytysten määrä, BMI (kg/m<sup>2</sup>) ennen raskautta ja ruokavalio.

Asiakas	Ravitsemuskeskustelun kesto (min)	Ikä (v)	Aiemmat synnytykset (lkm)	BMI (kg/m <sup>2</sup> ) ennen raskautta	Noudattama ruokavalio
Asiakas 1	20:34	26	Ensisynnyttäjä	32,0	Sekaruokavalio
Asiakas 2	10:39	26	Ensisynnyttäjä	23,0	Kasvisruokavalio 10 vuotta, sis. maito ja muna, joskus kalaa
Asiakas 3	13:28	31	Ensisynnyttäjä	23,2	Sekaruokavalio
Asiakas 4	8:43	29	1 lapsi, 4,5-vuotias	21,7	Sekaruokavalio
Asiakas 5	4:07 <sup>1</sup>	28	Ensisynnyttäjä	24,1	Sekaruokavalio
Asiakas 6	10:57	28	Ensisynnyttäjä	20,0	Sekaruokavalio
Asiakas 7	11:20	-	1 lapsi, 1v 10 kk	22,0	Sekaruokavalio
Asiakas 8	8:55	-	Ensisynnyttäjä	25,7	Sekaruokavalio
Asiakas 9	12:40	-	Ensisynnyttäjä	21,4	Keliakiaruokavalio, laktoositon ruokavalio, kala-allergia
Asiakas 10	8:17	23	Ensisynnyttäjä	23,9	Sekaruokavalio

<sup>1</sup> Video loppuu kesken ravitsemuskeskustelun

Tarkempaan tutkimuksen kohteenani oli äitiysneuvolan ensikäynnillä tapahtuva ravitsemuskeskustelu. Ravitsemuskeskustelun kesto on keskimäärin noin 11 min 45 sekuntia, kun vioittunutta videota ei oteta huomioon. Ravitsemuskeskustelun kesto vaihteli hiukan reilusta 8 minuutista 20,5 minuuttiin (Taulukko 13). Ravitsemuksesta keskustellaan kaiken kaikkiaan noin 110 minuuttia. Määrä sisältää varsinaisen yhtäjaksoisen ravitsemuskeskustelun lisäksi myös vastaanottokerran alussa käydyt keskustelut pahoinvoinnista niiltä osin, kun keskustelun yhteydessä puhutaan syömisestä. Litteroitua tekstiä ravitsemuskeskusteluista kertyi 108 A4 – kokoista sivua fonttikoolla 12 eli noin 11 sivua asiakasta kohden.



Aineistona olevista äitiysneuvolan asiakkaista ei ole saatavilla potilastietoja. Videoita katso-  
malla osa tiedosta kuitenkin pystyttiin keräämään, sillä terveydenhoitaja vastaanoton aikana  
täyttää asiakkaan tietoja terveystietojärjestelmään (Pegasos) ja neuvolakorttiin etukäteen joko  
asiakkaan täyttämän esitietolomakkeen perusteella tai asiakasta haastatteleamalla. Silloinkin,  
kun terveydenhoitaja siirtää esitietolomakkeelta tietoja, hän yleensä vielä vahvistaa tiedon  
asiakkaalta. Esimerkissä 1 terveydenhoitaja ilmaisee asiakkaalle, että nyt hän ryhtyy tallenta-  
maan tietoja terveystietojärjestelmään (rivi 1) ja tämän jälkeen vahvistaa asiakkaalta tämän  
iän esitietojensa perusteella (rivi 2).

### Esimerkki 1

```

1  H → ja sitte lähetään täyttelemään.(0.3)
2  H → kakskytäkuus vuotta oot,(.)
3  N      mm:(.)
4  H → .h kuinkas pitkä olet?
5  N      kh. (.) .mt ääm (.) sataviiskyt kuus.(0.8)
6  H → .hh ja paino normaalisti.(0.5)
7  N      mmm- viimeks mää painoin joku viiskytkuus kiloo.
```

Asiakas ilmaisee tiedon olevan oikea (rivi 3) ja terveydenhoitaja siirtyy eteenpäin tiedustele-  
malla seuraavaksi asiakkaan pituutta ja painoa (rivit 4 ja 6). Tässä aineistossa tutkittavien  
äitien ikä oli keskimäärin 27,3 vuotta ( $n = 7$ ). Tämä on matalampi kuin vuonna 2007 synnyt-  
täneiden äitien keskimääräinen ikä, joka oli 30,0 vuotta (Stakes 2008). On kuitenkin otettava  
huomioon, että yhtä lukuun ottamatta tässä joukossa ( $n = 7$ ) kaikki olivat ensisynnyttäjiä.  
Vuonna 2007 ensisynnyttäjien ikä oli keskimäärin 28 vuotta (Stakes 2008), joka on lähempä-  
nä tutkimusaineistoni äitien keskimääräistä ikää.

Kahdeksalla vastaanottokerralla oli paikalla nainen ja kahdella pariskunta. Kaikki asiakkaat  
kuitenkin ilmoittivat elävänsä avo- tai avioliitossa. Kuusi äitiysneuvolan asiakasta oli työ-  
elämässä ja neljä opiskeli. Opiskelevista asiakkaista kaksi oli kuitenkin osittain myös  
työelämässä. Tutkimusaineiston kymmenestä asiakkaasta kahdeksan oli ensisynnyttäjiä. Asi-  
akkaat olivat keskimäärin normaalipainoisia. Keskimääräinen painoindeksi oli 23,7 ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ).  
Yksi asiakkaista oli lievästi lihava 25,7 ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) ja yksi merkittävästi lihava 32,0 ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) (Ai-  
kuisten lihavuus: Käypä hoito -suositus 2011).

### 5.3 Ensikäynnin käytännöt ja kulku

Tampereen äitiysneuvoloissa asiakkaiden ensikäynti toteutuu siten, että asiakkaat ottavat omatoimisesti yhteyttä neuvolaan raskauden 7.-9.viikolla (Tampereen kaupunki 2010). Ennen ensikäyntiä asiakkaat saavat kotiinsa esitetäytettävät lomakkeet, joita ovat esitietolomake, odottavan äidin ja isän ruokailutavat ja tottumukset – lomake (liite 2) sekä päihteidenkäyttöä kartoittava kyselylomake (AUDIT). Toisessa neuvolassa terveydenhoitaja lähetti myös raskausajan ravitsemusta käsittelevän ”Ravitsemuksesta raskauden ja imetyksen aikana” – ohjeen kotiin ennen ensikäyntiä. Omassa aineistossani yksi raskaana olevista naisista oli unohtanut lomakkeet kotiin, mutta muiden kanssa niitä käytiin läpi vastaanottokerralla.

Äitiysneuvolan ensikäynnin sisällölle on asetettu kansalliset suositukset, jotka ovat pohjana vastaanoton kululle (Viisainen 1999). Sanna Tuominen (2010) on Pro gradu – työssään Alkoholin käytöstä keskusteleminen äitiysneuvolan ensikäynnillä kuvannut äitiysneuvolavastaanoton kokonaisrakennetta tämän aineiston osalta. Aineiston analyysin perusteella Tuominen havaitsi, että jokainen vastaanotto sisälsi yhdeksän erilaista vaihetta, jotka eivät kuitenkaan jokaisella vastaanottokerralla toistuneet samassa järjestyksessä (Taulukko 14).

**Taulukko 14.** Äitiysneuvolavastaanoton vaiheet ja keskeinen sisältö (mukailtu Tuominen 2010).

Vaihe	Keskeinen sisältö
1. Aloitus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alkutervehdys ja kuulumisten vaihto</li> <li>- Raskauksien lukumäärän tiedusteleminen ja raskausoireista puhuminen</li> </ul>
2. Esitietojen tallentaminen koneelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kotiin lähetettyjen lomakkeiden (äitiysneuvolan esitiedot, odottavan äidin ja isän ruokailutavat ja tottumukset sekä päihteidenkäyttöä kartoittava kyselylomake) kysyminen</li> <li>- Esitietojen tallentaminen kaupungin terveystietojärjestelmään ja äitiyskortin täyttäminen</li> </ul>

Jatkuu

**Taulukko 14.** jatkuu

Vaihe	Keskeinen sisältö
3. Sanallinen tutkimus esitietojen tallentamisen lomassa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Keskustelun aiheita olivat esimerkiksi tulevien vanhempien pari- ja perhesuhteet, harrastukset, asumisolot, terveystottumukset sekä vanhempien kokemat tuntemukset ja ajatukset raskaudesta</li> <li>- Keskustelu antoi terveydenhoitajalle ja äidille tai pariskunnalle mahdollisuuden tutustua toisiinsa paremmin ja luoda perusta turvalliselle hoitosuhteelle sekä antoi terveydenhoitajalle arvokasta tietoa tulevista vanhemmista</li> </ul>
4. Päihdekäyttö – lomakkeen käsittely	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lomakkeen avulla terveydenhoitajat nostivat keskusteluun sellaisia aiheita, joista heidän mielestään tuli keskustella tarkemmin.</li> </ul>
5. Elintavat (tupakka, alkoholi, ravitsemus, liikunta)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perheen ja erityisesti äidin elintavat olivat vastaanottokerran tärkeä keskustelunaihe</li> </ul>
6. Informaation jakaminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informaation jakamisen oli keskeinen osa neuvolavastaanottoja ja sitä annettiin sekä suullisessa että kirjallisessa muodossa</li> <li>- Kirjallista ohjausaineistoa jaettiin niin ravinnosta, hammashuollosta, liikunnasta, päihteistä, raskauden etenemisestä kuin vauvan hoidosta ja kehitymisestä</li> </ul>
7. Fyysinen tutkimus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Äidiltä mitattiin paino, hemoglobiini ja verenpaine</li> <li>- Sokerin ja proteiinin määrät virtsassa selvitettiin</li> <li>- Veriryhmän, kupan, hepatiitti B:n ja HIV:n selvittämiseksi äideiltä otettiin verikoe</li> <li>- Sydänääniä kuunneltiin kahdelta äidiltä, joiden raskaus oli edennyt niin pitkälle, että niitä voitiin kuulla</li> </ul>
8. Jatkotapaamisista sopiminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terveystutkimus- ja neuvolalääkäriaajat ja antoi tarvittavan ohjeistuksen näitä käyn- tejä koskien</li> </ul>
9. Lopetus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vastaanottokerran lopussa terveydenhoi- taja tyypillisesti kannustaa ottamaan yhteyttä, jos vanhemmille tulee mieleen jotain kysyttävää</li> <li>- Viimeiseksi vaihdetaan lopputervehdyk- set</li> </ul>

## 5.4 Aineiston käsittely ja analyysin eteneminen

Keskusteluanalyysissa ääni- ja kuvanauhojen litterointi on oleellinen osa tutkimusta (Ruusu- vuori 2010a). Litterointi on erinomainen tapa tutustua aineistoon, kun nauhoitettua aineistoa katsellaan ja kuunnellaan tarkasti useita kertoja. Samalla omia havaintoja kirjataan tekstiksi. Litteroinnin tarkkuustaso voi vaihdella jonkin verran tutkimusongelmasta ja metodologisesta lähestymistavasta riippuen. Tarkkuustasossa ja itse litteroinnissa tehdyt ratkaisut vaikuttavat tutkimuksen tuloksiin (Seppänen 1997). Puheesta tekstiksi muutettu litteraatio on jo kertaal- leen tulkittu versio analysoitavasta tilanteesta (Ruusu vuori 2010b). Tästä syystä litteraatio on keskusteluanalyysissä ennen kaikkea muistamisen ja yksityiskohtien havaitsemisen apuväline ja ensisijainen analysoitava aineisto on aina nauhoite itse keskustelusta.

Aloitin tutkimuksen tekemisen litteroimalla kolme vastaanottoa ravitsemuskeskustelun osalta. Omassa tutkimuksessani päähuomio kiinnittyy asiasisältöihin, ravitsemuskeskustelun etene- miseen ja siihen, mitä sen aikana tapahtui. Tämän vuoksi kovin yksityiskohtaista sävelkulkua, puheennopeutta tai voimakkuutta kuvaava litterointi ei ollut tarpeen. Itse litteroimissa aineis- toissani on kuitenkin otettu huomioon esimerkiksi päällekkäin puhuminen, tauot sekä nauru. Valmiiksi litteroiduista aineistoista on karsittu litteraatiomerkin- töjä, jotta tarkkuustaso olisi sama kuin itse litteroimassani aineistossa. Yksinkertaistaminen helpottaa lukemista ja analyys- sin kannalta oleellisten asioiden hahmottamista etenkin silloin, kun lukija ei tunne keskusteluanalyysia tutkimusmetodina. Liitteessä 3 on tämän tutkimuksen esimerkeissä käy- tetyt litterointimerkit ja niiden selitykset.

Keskusteluanalyysille on tyypillistä, että alkuperäinen tutkimusongelma täsmentyy aineis- toon tutustumisen ja ilmiön tarkentumisen myötä (Ruusu vuori 2010a). Tutustuin aineistoon katselemalla ja kuuntelemalla nauhoituksia sekä litteroimalla. Itse tekemäni litterointi tarjosi- vat mahdollisuuden aineiston hyvinkin yksityiskohtaiseen tarkasteluun ja nosti esiin sellaisia ilmiöitä, joiden samankaltaisuutta ja eroavaisuutta kiinnostuin jatkossa tarkastelemaan myös muiden ravitsemuskeskusteluiden osalta. Tutkimusaineistoon tutustuessani huomasin, miten ravitsemuslomake ja toisaalta erilaiset ohjausaineistot muokkasivat ravitsemuskeskustelun vuorovaikutusta ja sisältöä. Tämän vuoksi ne nousivat keskeisiksi kiinnostukseni kohteiksi. Tutustumisen jälkeen laskin aineiston kuvausta varten vastaanotolla ravitsemuskeskusteluun käytettyä aikaa ja keräsin asiakkaiden taustatietoja (Taulukko 13) sekä ryhdyin etsimään vas- tauksia hahmottelemiini tutkimuskysymyksiin. Aineiston analyysissa tein kohdeilmiöstä, kuten esimerkiksi terveydenhoitajan esittämistä kysymyksistä, yksityiskohtaisia havaintoja. Kohdeilmiöistä tein aineistokokoelmia, joiden pohjalta muodostin alustavia ehdotuksia sään-

nönmukaisista toimintatavoista tietyissä keskustelun kohdissa. Näin sain selville säännönmukaisuuksia, joiden paikkansapitävyyttä sitten testasin koko aineiston avulla. Keskustelunalyysissa poikkeustapausten analyysi on olennainen osa analyysiprosessia (Ruusuvuori 2010a). Löydettyjä säännönmukaisuuksia on mahdollista tarkentaa ja testata poikkeustapausten avulla. Analyysia kirjoittaessani poimin litteroidusta keskustelusta mukaan sellaisia aineistoesimerkkejä, jotka havainnollistavat lukijalle mahdollisimman hyvin käsiteltävää aihetta. Nämä esimerkit ovat numeroitu etenevässä järjestyksessä.

## 5.5 Eettiset näkökulmat

Tutkimuksella ja sen aineiston keräämiselle on saatu lupa Tampereen kaupungin eettiseltä toimikunnalta syksyllä 2006 (SOTE:3827/403/2006). Osallistuminen oli vapaaehtoista sekä terveydenhoitajille että asiakkaille. Osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuttanut asiakkaan hoitosuhteeseen neuvolassa. Kirjallinen lupa asiakastapaamisen videoimiseen ja videointien käyttämiseen tutkimustarkoituksessa kysyttiin sekä terveydenhoitajalta että asiakkaalta. Projektin tutkijat asensivat videokamerat etukäteen terveydenhoitajien huoneisiin ja poistuivat tämän jälkeen. Aineisto on vain tutkijoiden sekä opinnäytetöiden tekijöiden käytettävissä. Opinnäytetyön tekijänä olen sitoutunut tämän tutkimuksen eettisiin - ja salassapitosäädöksiin. Litteroidussa aineistossa henkilöiden nimet sekä tunnistettavat paikat on muutettu niin, ettei henkilöä voida tekstien perusteella tunnistaa.

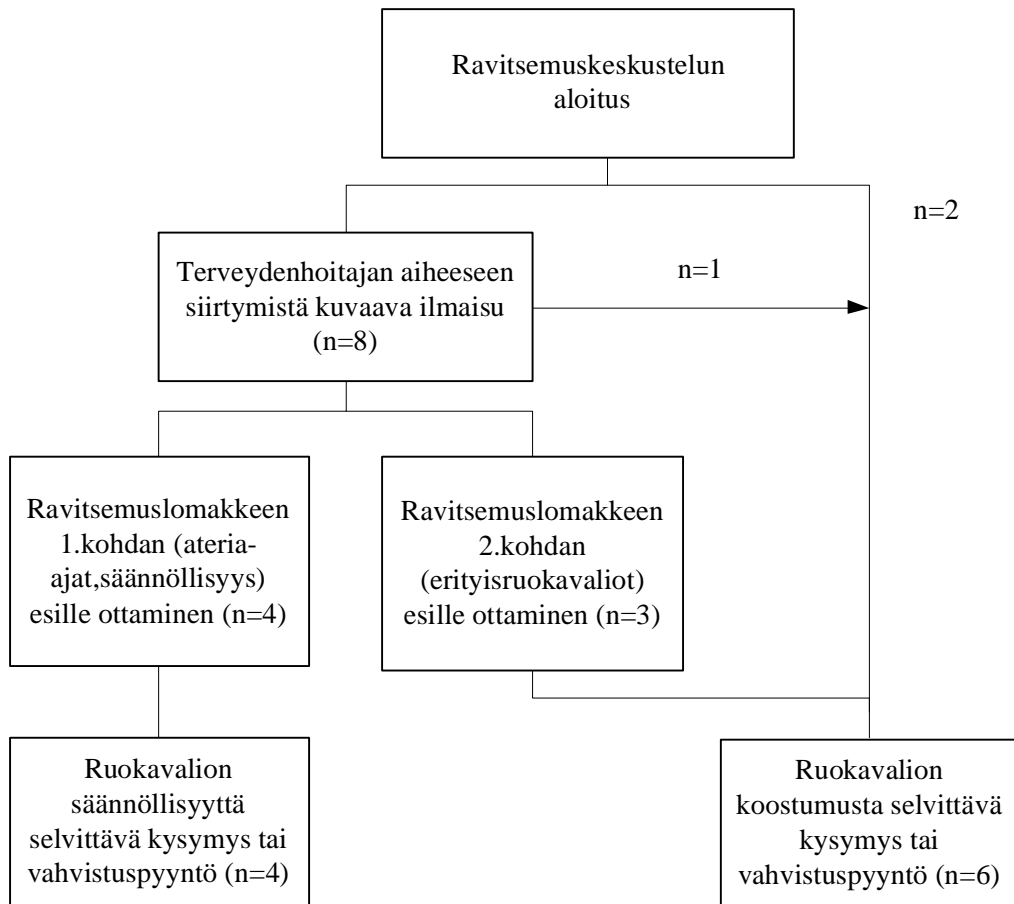
Tutkimusta suorittaessani olen pyrkinyt toimimaan hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu esimerkiksi rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä sekä tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002). Tutkimuksessa ei ole toimittu vilpillisesti sepittämällä tekaistuja havaintoja, vääristelemällä alkuperäisiä havaintoja tarkoituksenmukaisesti tai lainattu luvattomasti eli esitetty muiden tekstiä omanaan.

## 6 TULOKSET

### 6.1 Asiakasperheen ravitsemustottumusten selvittäminen

Asiakkaan ravitsemustottumusten selvittämisessä terveydenhoitajilla oli apunaan kotiin lähetetty ja asiakkaan etukäteen täyttämä Odottavan äidin ja isän ruokailutavat ja tottumukset – lomake (Liite 2), josta käytän myöhemmin tekstissä lyhennettä ”ravitsemuslomake”. Ravitsemuslomakkeessa täyttäjää pyydetään täyttämään lomake normaalien ruokatottumustensa mukaisesti. Lomakkeen ensimmäisessä kohdassa täyttäjä merkitsee lomakkeeseen kellonajat, milloin hän syö aamupalan, lounaan, välipalan, päivällisen ja iltapalan sekä mahdollisen muun aterian, joka ei näihin luokkiin sisälly. Seuraavassa kohdassa täyttäjä merkitsee ”ei” tai ”kyllä” vaihtoehtoihin, onko hänellä jokin erityisruokavaliota. ”Kyllä” – vaihtoehdon jälkeen pyydetään erittelemään tarkemmin asiakkaan noudattama erityisruokavalio. Näiden kahden kohdan jälkeen lomakkeeseen merkitään tarkemmin, mitä ruoka-aineita täyttäjällä on käytössä, esimerkiksi maitovalmisteista ja kuinka suuri maitojuoman käyttömäärä on päivätasolla. Nämä kohdat etenevät numerojärjestyksessä 1-10. Kasvien ja vihannesten käyttöä koskevassa kysymyksessä pyydetään myös arvioimaan käytön useutta ja omaa mielipidettä käytön määrästä. Samoin suolan kohdalla pyydetään arvioimaan, onko käyttö vastaajan mielestä niukkaa, kesinkertaista vai runsasta. Kysymyksessä 11 kysytään ravintolisävalmisteiden käytöstä ja kohdassa 12 syömiseen liittyvien ongelmien, kuten esimerkiksi närästyksen ja ummetuksen, esiintymisestä. Yleensä asiakas oli antanut kaikki esitäytetyt lomakkeet omaaloitteisesti tai terveydenhoitajan pyynnöstä vastaanoton alkupuolella (n = 7). Kahdella vastaanottokerralla terveydenhoitaja pyysi ravitsemuskeskustelun aluksi asiakkaalta terveystottumuksia koskevia lomakkeita. Yksi asiakas oli unohtanut kaikki lomakkeet kotiin.

Terveydenhoitaja avasi ravitsemuskeskustelun aiheeseen siirtymistä alustavalla ilmaisulla esimerkiksi ”*sitten katotaas näitä teidän ruoka-asioita täältä*” (n = 8) tai kysymällä suoraan esimerkiksi ”*Minkälaista ruokaa sää syöt?*” (n = 2) (Kuva 4). Ravitsemuskeskusteluun siirtymistä ilmaisevaa toteamusta seurasi pääsääntöisesti terveydenhoitajan esittämä, ravitsemuslomakkeen kohdan 1 tai 2 mukainen kysymys tai asiakkaan ravitsemuslomakkeeseen kirjaama vastaus väittämänä tai olettamuksen sisältävänä vahvistuspyyntönä (n = 7).



**Kuva 4.** Ravitsemuskeskustelun aloitus.

Terveysthoidajien yleisin tapa ryhtyä selvittämään asiakkaan ravitsemustottumuksia, oli kysyä mahdollisista erityisruokavalioidista ( $n = 6$ ) (Kuva 4). Tämän terveysthoidaja saattoi esittää suorana kysymyksenä ( $n = 3$ ) tai vahvistuspyyntönä ravitsemuslomakkeen 2. kohdan vastauksen pohjalta ( $n = 3$ ). Terveysthoidaja tarjosi asiakkaalle mahdollisuuden kertoa, jos asiakas itse piti ruokavaliotaan jollakin tapaa erityisenä tai ”normaalista” poikkeavana. Osa terveysthoidajista käytti vain termiä ”normaali” ruokavalio määrittelemättä tarkemmin sitä, mitä sillä tarkoitettiin ja osa käytti lisäksi sanan ”normaali” perään sekaruokavalio. Samassa yhteydessä terveysthoidaja saattoi pyytää lisätietoa, esimerkiksi ”onko joku semmonen tuote mitä sä et syö ollenkaan” tai ”miten sä kuvailisit sun ruokailutottumuksii”.

Toinen terveysthoidajien tapa ryhtyä selvittämään asiakkaan ravitsemustottumuksia oli ravitsemuslomakkeen 1.kohdan mukainen kysymys tai vahvistuspyyntö aterioiden säännöllisyydestä ( $n = 4$ ) (Kuva 4). Terveysthoidaja saattoi sanoa esimerkiksi, että ”ehikkö syömään ihan säännöllisesti nyt sitte” tai ”kerkeet sää kuinka sää kerkeet pitää taukoja ja syömään silloin töissä tai”. Tällainen ravitsemuskeskustelun aloitus oli tyypillinen vain toisessa neuvolassa. Kun ravitsemuskeskustelu aloitettiin ravitsemuslomakkeen ensimmäisen



kohdan mukaisella kysymyksellä tai vahvistuspyynnöllä, oli havaittavissa, että terveydenhoitaja käytti lomaketta koko ruokavalion kokonaisuutta selvittävän haastattelun ajan järjestelmällisesti.

Kolmella vastaanottokerralla terveydenhoitaja siirtyi ravitsemusaiheeseen ottamatta ravitsemuslomaketta ensin esiin. Näissä tapauksissa ravitsemuskeskusteluun siirryttiin kysymällä ruokavalion laadusta joko suoraan ( $n = 2$ ) tai lyhyen aiheeseen siirtymistä kuvaavan ilmaisun kautta ( $n = 1$ ) (Kuva 4). Esimerkissä 2 on ravitsemuskeskustelun aloitus, jossa terveydenhoitaja siirtyy kariesbakteerin tarttumista koskevasta keskustelusta esittämään kysymyksen äidin ruokavaliosta ilman aihetta alustavaa ilmaisua. Terveydenhoitaja kysyy asiakkaalta, syökö tämä ”ihan normaalia ruokaa” ja esittää jatkokysymyksen siitä, noudattaako asiakas jotakin ”dieettiä”. Tässä tapauksessa terveydenhoitaja tarkoittanee dieetillä ruokavaliota tai erityisruokavaliota (eng. *diet* = [erityis]ruokavalio). Kysymyksiä esittäessään terveydenhoitaja katsoo tietokoneelle ja vasta asiakkaan kertoessa kasvisruokavaliostaan (rivi 5) terveydenhoitaja vilkaisee ravitsemuslomaketta. Tässä tapauksessa asiakkaan noudattama kasvisruokavalio tulee terveydenhoitajalle uutena tietona.

## Esimerkki 2

```

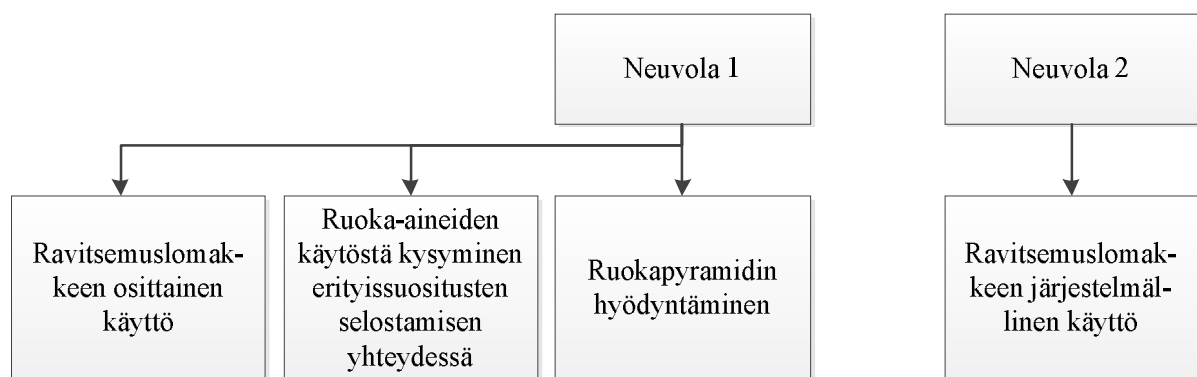
1  H      syök sää muute itte ihan normaalia ruokaa,
2          (.)
3  H      onko sulla mitään dieettejä?
4          (0.5)
5  N →   mä syön kasvisruokaa.
6          (.)
7  H →   mitä tarkoittaa sun tilanteessa kasvisruoka,
8          (0.6)
9  N →   mää syön (0.9) maitoo ja kana'munaa (.) joskus kalaa mutta
10         (0.3) aika harvoin,
11         (3.5)
12 H →   .hh maito (.) kanamuna (.) ja (.) joskus kala.
13         (0.4)
14 N      mm,
15         (0.4)
16 H      joo.
17         (1.0)
18 H →   .hh mistäs sää saat proteiiniä sitte,käytäk sää (.)soijaa,
19 N      joo.
20         (2.7)
21 H →   papuja,
22         (0.6)
23 N      [joo.
24 H      [jotai sellasta,
```

Rivillä 7 terveydenhoitaja esittää tarkentavan kysymyksen asiakkaan ruokavaliosta hänen kerrottua syövänsä kasvisruokaa. Asiakas kertoo syövänsä maitoa, kananmunaa ja joskus ka-

laa (rivit 9-10). Rivillä 12 terveydenhoitaja toistaa sen, mitä asiakas on sanonut ja kirjaa tiedon ylös terveystietojärjestelmään. Terveydenhoitaja jatkaa selvittämällä asiakkaan ruokavalion proteiininlähteitä (rivi 18). Kysymys alkaa avoimena kysymyksenä, jonka jälkeen terveydenhoitaja kuitenkin ryhtyy luettelemalla yleisiä kasvisruokavalion proteiininlähteitä (rivit 18 ja 21). Asiakas vahvistaa käyttävänsä terveydenhoitajan esittämiä soijaa ja papuja ruokavaliossaan lyhyesti sanomalla ”joo” ja terveydenhoitaja kirjaa nämä tietojärjestelmään.

### 6.1.1 Ruokavaliohaastattelu ruoka-ainetasolla

Kaikki terveydenhoitajat esittivät asiakkaille kysymyksiä heidän ruokavaliostaan ruoka-ainetasolla. Haastattelutavoissa, esitettyjen kysymysten määrässä ja siinä, mistä terveydenhoitajat olivat kiinnostuneita, oli kuitenkin eroa. Toisessa tutkimusneuvolassa terveydenhoitajat eivät käyttäneet ravitsemuslomaketta yhtä järjestelmällisesti asiakkaan ruokavalion koostumusta selvittämisessä kuin toisessa neuvolassa (Kuva 5). Tällöin kysymykset eivät edenneet samassa järjestyksessä kuin lomakkeessa ja kaikkia lomakkeen kysymyksiä ei käsitelty. Terveydenhoitaja saattoi myös esittää suoran kysymyksen ilman ravitsemuslomakkeen perusteella tehtyä olettamusta, esimerkiksi ”*montako lasii maitoo sää juot päivässä*”. Toisessa tutkimusneuvolassa terveydenhoitajat etenivät selkeästi samassa järjestyksessä kuin kysymykset ovat ravitsemuslomakkeessa ja suurin osa lomakkeen kysymyksistä käsiteltiin ravitsemuskeskustelun aikana (Kuva 5).



**Kuva 5.** Ruokavaliohaastattelussa käytettyjen tukiaineistojen neuvolakohtaiset erot.

Ravitsemuskeskusteluille, joissa ravitsemuslomakkeen käyttö ei ollut järjestelmällistä, oli tyypillistä se, että raskauden aikaisen ruokavalion erityissuosituksia käytiin ravitsemuskeskustelun aikana järjestelmällisesti läpi (Kuva 5). Selostaessaan erityissuosituksia, terveydenhoitaja saattoi esittää asiakkaalle kysymyksen koskien sillä hetkellä käsiteltävää aihetta, esimerkiksi maksaan liittyen ”*kuuluuk se teillä ruokavalioon*”. Tässä tutkimusneuvo-

lassa yksi terveydenhoitaja hyödynsi myös ruokapyramidia ravitsemushaastattelun- ja ohjauksen tukena.

Lomakkeenmukainen etenemistyyli vaikutti terveydenhoitajan tapaan muovata puheenvuoronsa: usein he esittivät lomakkeessa esitetyt kysymykset ja niiden vastukset väittäminä tai olettamuksen sisältävinä vahvistuspyyntöinä, jotka eivät kielipillisesti olleet kysymyksiä, esimerkiksi *"teil on rasvattomat maitotuotteet lähinnä käytössä"*. Tällainen vuoro hakee vastaukseen ensisijaisesti vain vahvistuksen tai kiellon, sinänsä se ei pyydä kertomaan asiasta lisää. Useimmiten asiakkaat myös reagoivat terveydenhoitajan tekemiin pyyntöihin vahvistamalla ne lyhyesti, esimerkiksi sanomalla *"joo"*. Toinen, joskin hyvin harvinainen, tapa lomakkeenmukaisessa etenemistyyliässä oli se, että terveydenhoitaja kysyi asiakkaan mielipidettä asiasta, esimerkiksi *"mitäs tuumaat kasviste ja vihannesten käytöstä tuleeko tarpeeks"*. Nämä harvat kysymykset koskivat kasvien käyttöä ( $n = 1$ ) tai sitten terveydenhoitaja pyysi asiakasta arvioimaan itseään ruoanlaittajana tai perheen *"ruokakulttuuria"* ( $n = 3$ ).

Ruoka-ainetasolla terveydenhoitajien yleisimmät kysymykset koskivat asiakkaiden maitovalmisteiden ( $n = 7$ ), kalan ( $n = 5$ ), viljavalmisteiden ( $n = 5$ ) sekä kasvien ja vihannesten ( $n = 6$ ) käyttöä. Maitovalmisteiden käyttömäärä oli yleinen keskustelun aihe, jonka terveydenhoitaja nosti esille ravitsemuslomakkeen avulla ( $n = 5$ ). Maitovalmisteiden käyttö on ravitsemuslomakkeessa ensimmäisenä ruoka-aineita koskevana kysymyksenä (liite 2, 1.kysymys) ja maitovalmisteiden käytöstä keskusteleminen sijoittuikin usein ravitsemuskeskustelun alkupuolella. Esimerkissä 3 on tyypillinen tilanne, jossa terveydenhoitaja ravitsemuslomakkeen tietojen perusteella määrittelee asiakkaan maitovalmisteiden käyttöä (rivit 1-2). Asiakas vahvistaa tiedon lyhyesti sanomalla *"joo"* (rivi 3).

### Esimerkki 3

```

1  H → Eliikkä maitotuotteita sä käytät (1.4)neljä lasillista(2.4)
2      päivässä plus sitte tuleeks jotai, Joo jugurttia ja (0.2)
3  N → Joo,
4  H → Jos aattelee että (0.6)raskauden aikana ny kalsiumia pitäs
5      saada joku (1.2) ainaki tuhat milligrammaa(0.4)niin sitten
6      → (1.4)sulla varmaan(.) näin ku laskee ni tulee se oikeestaan
7      sitten (1.4) ihan jo pelkästään näistä?
8      → (4.8) ((H katselee paperia))

```

Riviltä neljä alkaen terveydenhoitaja arvioi asiakkaan kalsiumin saantia suhteessa raskaana olevien kalsiumin saannin suositukseen ja toteaa saannin olevan riittävää (rivi 6-7). Asiakas ei reagoi terveydenhoitajan esittämään arvioon kalsiumin riittävästä saannista (rivi 8). Niillä

vastaanotoilla, joilla terveydenhoitaja arvioi kalsiumin saannin riittämättömäksi, puhejaksoa seurasi suositus tai ehdotus kalsiumvalmisteen käytöstä.

Maitovalmisteiden ja erityisesti maidon käyttö näyttäisi sekä asiakkaiden että terveydenhoitajien mielestä olevan tärkeä asia raskauden ajan ravitsemuksessa. Se oli ainoa ruokaineryhmä, jonka käytöstä keskusteltiin jokaisessa tämän aineiston ravitsemuskeskustelussa. Yleisintä oli, että terveydenhoitaja esitti arvion maitovalmisteiden käytöstä ravitsemuslomakkeen pohjalta (n = 5), kuten esimerkissä 3. Kolmelta asiakkaalta terveydenhoitaja kysyi (n = 3) maitovalmisteiden tai maidon käyttömäärästä esimerkiksi *"montako lasii maitoo sä juot päivässä"*. Kahdessa ravitsemuskeskustelussa asiakas otti itse maidon puheeksi.

Vaikka ravitsemuslomakkeessa on kysymys ravintorasvojen käytöstä leivän päällä ja ruoanvalmistuksessa (Liite 2, 2.kysymys), terveydenhoitajat kysyivät siitä asiakkailta vain kolmessa ravitsemuskeskustelussa. Yleensä terveydenhoitaja puhui ravintorasvojen laadusta ja määrästä yleisellä tasolla, esimerkiksi *"rasvoissa saa kiinnittää kyllä kans tietysti huom huomiota niinku siihen terveellisyyteen elikä kasvisrasvoja kannattaa suosia ja .hh vähemmän sitten voita ja muita kovia rasvoja"*. Esimerkissä 4 terveydenhoitaja toteaa ravitsemuslomakkeen perusteella, että asiakkaalla on pääasiassa kasvirasvat käytössä (rvi 1). Terveydenhoitaja käyttää "te" pronominia viitaten koko perheeseen (rivi 2). Puoliso ei ollut mukana vastaanotolla. Rivillä 3 asiakas vahvistaa terveydenhoitajan tiedon oikeaksi, jonka jälkeen terveydenhoitaja tarkentaa vielä aikaisempaa kommenttiaan ja toteaa lopuksi, että *"voita taitaa tulla harvemmin"* (rivit 4-6).

#### Esimerkki 4

- 1 H → (mutta että sitten) aika paljon kasvisrasvoja ilmeisemmin  
 2 → on se mikä mikä teillä tulee enemmän  
 3 N → joo-o  
 4 H → margariini taikka näitä leivälle ja öljyä sä oot  
 5 ruoanvalmistuksessa ja sitten joskus.hh voita taitaa tulla  
 6 harvemmin  
 7 N joo [joo siis] sillai niinku että  
 8 H [ (--) ] mm  
 9 N → erittäin har[voin että] ehkä kerran kuukaudessa mutta  
 10 H → [he he joo]  
 11 N → kyllä sitä aina fjoskus käytetäänf [et] se riippuu vähän  
 12 H [niin]  
 13 N mitä ruokaa laittaa .hh  
 14 H → joo mutta toi on ihan kasvis .hh ravojen suosiminen niin  
 15 sehän on se suosituskin niin että ihan  
 16 N niin  
 17 H → ihan hyvältä näyttää että

Rivillä 9 asiakas kertoo voi käytön olevan erittäin harvinaista, ehkä kerran kuussa tapahtuvaa, mutta toteaa kuitenkin vuoronsa jatkossa naurahtaen, että ”*kyllä sitä aina joskus käytetään*” (rivi 11). Myös terveydenhoitaja on naurahtanut aikaisemmin kun asiakas kuvasi voim käyttöä erittäin harvinaiseksi (rivi 10). Naurun avulla ilmaistaan molemmanpuolin, ettei satunnaista voim käyttöä koeta ongelmalliseksi. Lopuksi terveydenhoitaja toteaa kasvirasvojen käytön olevan suositusten mukaista (rivi 14) ja päättää puheenjakson positiiviseen arvioon asiakkaan rasvan laadun valinnasta ja käyttötavoista (rivi 17).

Ravitsemuslomakkeen 4.kysymyksessä kysytään yleisesti siitä, käyttääkö vastaaja lihaa, kanaa ja kalaa sekä liha-annosten käyttömäärää päivätasolla (Liite 2). Sitä, kuinka usein kalaa vastaaja syö, ei kuitenkaan lomakkeessa kysytä. Viidessä ravitsemuskeskustelussa terveydenhoitaja kuitenkin kysyi asiakkaan kalan käytöstä (Esimerkki 5, rivi 5).

### Esimerkki 5

```

1  H      (sit muuta) allergioita ei mitään et kaikkee pystyn
2          syömään ja
3  N      joo'o
4  H      sitten kaikki tota muutenkin ni jatkaavat .hh
5      →  tuleeks kalaaki syötyä ja (.) [(-)]
6  N      →  [aikal] paljon joo sillai et
7  H      joo
8  N      →  ei nyt varmaan ihan joka viikko mut et
9  H      →  joo et kuitenkin ja siinä on ihan hyviä .hh hyviä
10         rasvahappoja muutenkin siinä [kalassa] ja dee vitamiinia
11 N      [mmh]
12 H      →  saa fsitäkin [siitäf .hh] siitä että ja vaihdellen sitten
13 N      [mmh mh]
14 H      →  aina myöskin kalalajeja
15 N      mmh

```

Rivillä 5 kertoo syövänsä kalaa ”*aika paljon*” ja tarkoittaa vastaustaan vielä kertomalle, että ”*ei nyt varmaan ihan joka viikko mut et*”. Vastauksessaan asiakas arvioi kalan käytön määrän riittäväksi. Terveydenhoitajan ”*joo et kuitenkin*” (rivi 9) ilmaisee, että hän pitää positiivisena sitä, että asiakas kuitenkin syö kalaa. Terveydenhoitaja ei esitä omaa arviotaan asiakkaan kalan käytön määrän riittävydestä tai tarjoa tietoa, jonka mukaan kalan suositeltu käyttömäärä raskauden aikana on 2 kertaa viikossa. Tämän sijaan terveydenhoitaja lähtee perustelemaan sitä, minkä vuoksi kalan käyttö on hyödyllistä (rivit 9-10 ja 12) ja jatkaa suosituksella, jonka mukaan kalalajeja pitää syödä vaihdellen (rivit 12 ja 14).

Viljavalmisteen käyttömääristä ei tarkemmin keskustella yhdelläkään vastaanottokerralla, vaikka sitä kysytään ravitsemuslomakkeessa (Liite 2, 5.kysymys). Viljavalmisteen käyttöä koskevat keskustelujaksot olivat myös lyhyitä. Viidessä tämän aineiston ravitsemuskeskuste-

lussa terveydenhoitaja kysyi tai mainitsi asiakkaan viljavalmisteiden käytöstä, joka on ravitsemuslomakkeen viidentenä kysymyksenä. Kolmessa tapauksessa terveydenhoitajan kysymys tai vahvistuspyyntö koski tumman- tai ruisleivän käyttöä. Esimerkissä 6 terveydenhoitaja on siirtynyt uuteen puheenaiheeseen toteamalla ravitsemuslomakkeen perusteella asiakkaan syövän tummaa leipää (rivi 1) ja jatkaa käyttömäärän tarkennusta hakevalla vuorolla ”ihan päivittäin” (rivi 3).

### Esimerkki 6

1	H	→	sähän syöt tota tummaa leipääkin
2	N	→	joo
3	H	→	ihan päivittäin ja [(-)]
4	N	→	[joo] pääsääntöisesti [siis] sitä että
5	H		[joo]

Kun asiakas vastannut myöntävästi terveydenhoitajan lomakkeen pohjalta tekemään vahvistuspyyntöön ja kertonut leivän olevan pääsääntöisesti tummaa leipää, jota hän syö päivittäin (rivit 2 ja 4), terveydenhoitaja siirtyy käsittelemään seuraavaa aihetta.

Kasvien ja vihannesten käytöstä terveydenhoitaja esittää kysymyksen kuudessa ravitsemuskeskustelussa, joista viidessä kysymys tai vahvistuspyyntö kasvien käytöstä perustuu ravitsemuslomakkeen tietoihin (Liite 2, 6.kysymys). Lisäksi kahdessa ravitsemuskeskustelussa ne nostetaan esiin jollakin muulla tavalla. Ravitsemuslomakkeessa kysytään, kuinka monena päivänä viikossa vastaaja syö kasviksia ja vihanneksia ja pyydetään arvioimaan, onko niiden käyttö vastaajan mielestä niukkaa, keskinkertaista vai runsasta. Samoin kysytään, kuinka monena päivänä viikossa vastaaja syö marjoja ja hedelmiä (liite 2, 7.kysymys). Esimerkissä 7 terveydenhoitaja on esitellyt Ruokaa kahdelle – esitetä ja kasvien runsasta määrää esitteen sivuilla (rivit 1,2 ja 4). Riviltä 4 alkaen terveydenhoitaja katsoo ravitsemuslomaketta ja antaa arvion asiakkaan kasvien ja vihannesten käytöstä ”*kyllä sää nyten ainakin melkein oot käyttänyt näitä kasvis puolta*”. Arviossaan terveydenhoitaja vihjaa käyttämällä sanaa ”*melkein*”, ettei kasviksia tulisi suositeltua määrää. Raskauden aikaisen ravitsemussuosituksen mukaan kasviksia, hedelmiä ja marjoja suositellaan syötäväksi 5-6 annosta päivässä (Hasunen ym. 2004). Ravitsemuslomakkeessa kysytään monenako päivänä kasviksia ja vihanneksia vastaaja käyttää viikossa, ei siis päivittäisten annosten määrää. Ravitsemuslomakkeen perusteella ei voida arvioida kovin tarkasti päivittäisiä käyttömääriä. Vain erittäin vähäinen käyttö eli se, ettei vastaaja käytä päivittäin kasviksia ja vihanneksia tai asiakas itse on ilmoittanut käytön olevan niukkaa tai keskinkertaista voi käydä ilmi ravitsemuslomakkeen perusteella.

## Esimerkki 7

1 H → täs ei edelleenkään ei oikein jutut nyt .hh kasviksia  
 2 täällä on niinku fjoko [puolessa]f ihan (.)  
 3 N [joo joo]  
 4 H → ihan reilusti .hh laitettu ja kyllä sää nytten (.) ainakin  
 5 (.) melkein oot [(käyttäny) näitä kasvis (puolta)]  
 6 N [no niin (--) mm mm ]  
 7 (H lukee paperia)  
 8 H → käyk sää töissä siellä tota syömässä vai onks sulla  
 9 [omat eväät siellä]  
 10 N → [.joo aika usein] käyn itseasiassa nyt oon enemmän käyny  
 11 hehe [(just tän takia)]  
 12 H → [niin siellähän saa] salaatitkin  
 13 [vielä kauhottua] et se  
 14 N [joo joo]  
 15 H → on sillai niinku .hh hyvä paikka mites kotona (.) teeks  
 16 sää salaatteja että  
 17 N → mä aika vähä salaatteja loppujen lopuks [oon] oppinu  
 18 H [mmh]  
 19 N syömään lapsuudesta  
 20 H mh  
 21 N → mutta että hedelmiä sitten enem[män]  
 22 H [sitten] niin joo .hh  
 23 → ja sitten tietysti niinku kurkkua tomaattia  
 24 leivän pää[lle et]  
 25 N → [mmh mm]  
 26 H → ehkäsee .hh juttuja mutta et kyllä niin kun kaks-kasvikset  
 27 on hyvä niinku ajatellen varmasti myös raskauden aikasta  
 28 painon[hallin]taakin  
 29 N [mmh]

Rivillä 8 terveydenhoitaja vaihtaa aihetta ja esittää kysymyksen asiakkaan työpaikkaruokailusta. Kun asiakas kertoo käyvänsä työpaikkaruokalassa aika usein (rivi 10), terveydenhoitaja palaa takaisin kasvien käyttöön sanomalla työpaikkaruokalassa syömisen olevan hyvä vaihtoehto, koska ”*siellähän saa salaatitkin vielä kauhottua*” (rivit 12-13 ja 15). Tämän jälkeen terveydenhoitaja kysyy, tekeekö asiakas salaatteja kotona (rivi 15-16). Asiakas kertoo, että on ”*aika vähä salaatteja loppujen lopuks oon oppinu syömään lapsuudesta*” (rivit 17 ja 19). Vastausta voidaan pitää odotustenvastaisena vierusparin jälkijäsenenä terveydenhoitajan kysymykseen, joka vaatii perustelun. Asiakas ei vastaa, että ”*en tee*”, vaan jo vastauksessaan esittää perustelun sille, miksei hän tee salaatteja kotona ja vetoaa lapsuudesta juontuviin ruokailutottumuksiin. Asiakas myös jatkaa kertomalla syövänsä enemmän hedelmiä (rivi 21). Tällä tavoin hän viestittää olevansa terveystietoinen ja korvaavansa tämän ruokavaliossaan olevan ”puutteen” jollakin toisella terveellisenä pidetyllä tavalla. Rivillä 23 terveydenhoitaja jatkaa täydentäen asiakkaan vastausta: ”*ja sitten tietysti niinku kurkkua tomaattia leivän päälle*” ikään kuin itsestään selvänä keinona paikata vähäistä kasvien syöntiä. Asiakas ilmaisee kuulleen terveydenhoitajan vuoron minipalautteella ”*mmh mm*” (rivi 25). Riviltä 26 alkaen

terveydenhoitaja vielä perustelee uudesta, raskaudenaikaisen painonhallinnan näkökulmasta, miksi kasvisten käyttö on tärkeää raskauden aikana.

Muita ravitsemusta selvittäviä kysymyksiä terveydenhoitajat esittivät edellä mainittuja kysymyksiä harvemmin (Taulukko 15). Suolan käyttö oli ravitsemuslomakkeen 10.kohtana ja siinä kysyttiin asiakkaan omaa kokemusta suolan käytöstä eli oliko se niukkaa, keskinkertaista vai runsasta. Tutkimusaineistossa terveydenhoitajan (n = 1) esittämät kysymykset suolan käytöstä (n = 2) koskivat molemmilla kerroilla miehen suolankäyttöä. Terveydenhoitajan esittämät kysymykset kahvin juomisesta ja maksan käytöstä liittyivät aina erityissuositusta koskevaan ohjaukseen. Yhdellä vastaanottokerralla terveydenhoitajan esittämä kysymys makeutettujen virvoitusjuomien käytöstä peruistui siihen, että asiakas itse esitti huolensa makeutetun kola-juoman käytöstä. Toisen aiheeseen liittyvän vahvistuspyynnön terveydenhoitaja teki ravitsemuslomakkeeseen pohjalta. Terveydenhoitajien esittämät kysymykset ravintolisien käytöstä koskivat yleisesti vitamiinilisien (n = 2), D-vitamiinilisän (n = 1), monivitamiinilisän (n = 2) tai kuivatun marjajauheen (n = 1) käyttöä. Ravintolisiä koskevista kysymyksistä puolet (n = 3) terveydenhoitaja esitti ravitsemuslomakkeen pohjalta (Liite 2, 11.kysymys). Ruokavalioon liittyvien ongelmien esiintymistä kysytään ravitsemuslomakkeen viimeisenä kohtana (Liite 2, 12.kysymys). Ummetuksesta, turvotuksesta ja närästyksestä terveydenhoitajat esittivät aina kysymyksiä ravitsemuslomakkeen perusteella asiakkaan antaman vastauksen pohjalta. Pahoinvoinnista terveydenhoitajat eivät esittäneet kysymyksiä ravitsemuskeskustelun yhteydessä, vaan asiasta oli tarvittaessa keskusteltu jo vastaanoton alkupuolella. Painonhallinnasta tai laihdutuksesta terveydenhoitaja esitti kysymyksiä, jos asiakas toi sen jollakin tapaa itse esille (n = 2).



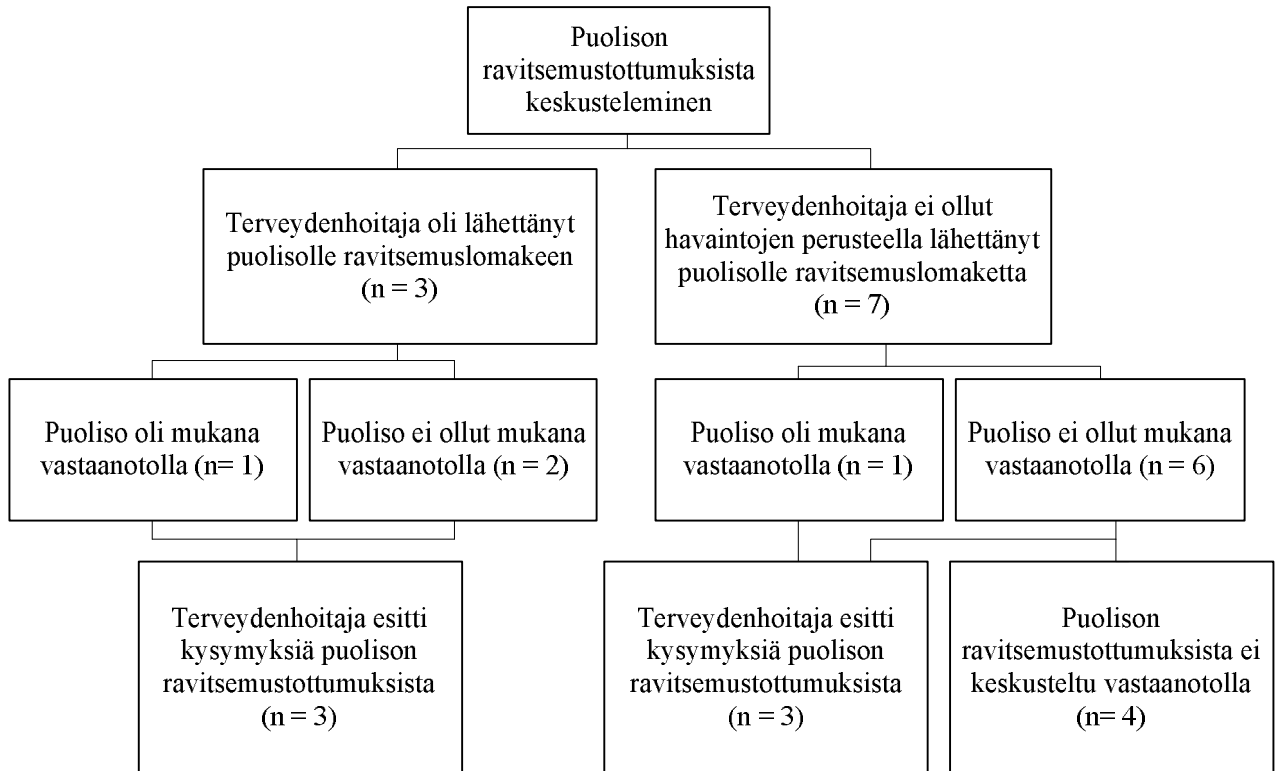
**Taulukko 15.** Muut terveydenhoitajan ravitsemusta koskevat kysymykset.

Kysymyksen aihe	n	Esimerkki
Suolan käyttö	2	<i>”sä tunnustat ainakin että suolan käyttö on runsasta”</i>
Kahvin juominen	3	<i>”kuinka paljon kahvia sulla kuluu”</i>
Maksan käyttö	2	<i>”kuuluukos ne (maksatuotteet) sun ruokavalioon”</i>
Makeutettujen virvoitusjuomien käyttö	2	<i>”sä et oo mitään laittilimsoja sitten sillai harrastanukkaa”</i>
Ravintolisien käyttö	6	<i>”mut ookko sää käyttäny nyt mitään tota vitamiinivalmisteita tai”</i>
Mieliteot	2	<i>”ei sulla nyt o raskauden aikana viel tullu mitään semmosia mielitekoja mitään tiettyjä ruokia kohtaan”</i>
Pahoinvointi	4	<i>”ärsyttääks hajut sua enemmän tai ruoka sinänsä vai onks se vaan koko ajan semmonen pieni”</i>
Ummetus	1	<i>”onks sulla toi vatsa semmonen et se on tota ummetusta muutenkin pitää vai onks tää tullu enemmän tässä ras-”</i>
Turvotus	2	<i>”onks tää raskauden aikana ollu tää turvotustuntemus vai onk sulla usein tuleeks sul vaikka suolasista ruuista sitten”</i>
Närästys	1	<i>”onks nää nyt ollu niinku näitä raskausaikasia tuntemuksia nää närästys ja turvotus”</i>
Painonhallinta/laihdutus	2	<i>”teillä tulee tämmönen laihdutuskausi vai yhtäkkiä”</i>

### 6.1.2 Koko perheen ja puolison ravitsemusta selvittävät keskustelujaksot

Videoita havainnoimalla voi todeta, että kolmella vastaanotolla terveydenhoitajalla on selkeästi sekä tulevalle äidille että isälle oma ravitsemuslomake (Kuva 6). Näillä kaikilla kolmella vastaanottokerralla terveydenhoitaja oli sama. Yhdellä näistä kolmesta vastaanottokerrasta puoliso oli itse paikalla. Kahdella vastaanottokerralla mies ei ollut paikalla, mutta myös miehen ravitsemuksesta keskusteltiin naisen kanssa miehen kotona täyttämän ravitsemuslomakkeen pohjalta. Yhdellä vastaanottokerralla mies on mukana, mutta hän ei havaintojen perusteella ollut täyttänyt ravitsemuslomaketta. Miehen ja terveydenhoitajan käymä keskustelujakso ravitsemukseen liittyen on hyvin lyhyt. Muilla vastaanotoilla (n = 6) mies ei ole paikalla ja videoiden avulla tehtyjen havaintojen sekä terveydenhoitajan ja naisen välisen keskustelun perusteella voi päätellä, että ravitsemuskeskustelun aikana käsitellään vain naisen täyttämää ravitsemuslomaketta (kuvio 6). Näistä kuudesta ravitsemuskeskustelusta kahdessa terveydenhoitaja kuitenkin osassa kysymyksistään käytti monikkomuotoa ”te” viitaten koko perheeseen tai pariskuntaan, vaikka puoliso ei ollut paikalla. Neljässä ravitsemuskeskustelussa keskusteltiin vain äidin ravitsemuksesta. Tutkimusaineiston perusteella ei voida sanoa, onko kotiin etukäteen lähetetty kaksi lomaketta molempien täytettäväksi, mutta

asiakkaan kumppani ei ole sitä täyttänyt vai onko kotiin mahdollisesti lähetetty vain yksi lomake.



**Kuva 6.** Puolison ravitsemustottumuksia selvittävät puheenjaksot.

Vastaanottokerralla, jossa puoliso oli mukana ja hän oli täyttänyt ravitsemuslomakkeen (Kuva 6), terveydenhoitaja keskusteli äidin kanssa ruokailun säännöllisyydestä ja kalsiumin kannalta riittävästä maitovalmisteiden käytöstä äidin ravitsemuslomakkeen pohjalta. Puolison ruokavalion säännöllisyyteen tai maitovalmisteiden käyttöön terveydenhoitaja ei kiinnittänyt huomiota. Terveystenhoitajan seuraava kysymys ruoanlaittotavoista on kuitenkin suunnattu molemmille (Esimerkki 8, rivit 1-5). Kysymyksessään terveydenhoitaja kategorisoi ruoanlaittajat kahteen luokkaan; kulinaristeihin, jotka ”laittavat ihan viimeisen päälle herkullista ruokaa” rasvaa ja suolaa säästelemättä ja terveystietoisiin, jotka ”katsovat tarkasti” mitä ja miten ruokaan laitetaan.

### Esimerkki 8

- 1 H → Mites muuten teillä ton (0.4) rasvan ja suolan käyttö  
 2 niinku ootteks te semmosia kulinaristeja Tykkäätteks  
 3 laitella niinku ihan (1.6) viimesen päälle herkullista vai  
 4 tota otteekste mielummin sitte katotte niin (0.4)  
 5 tarkastikkin että mitä,  
 6 N → Tietyissä tilanteissa katotaan ja sitte taas tietyissä ei.  
 7 (3.0)  
 8 N Aina välillä pitää kyllä (1.4) saada muutaki ku kevyt (0.6)  
 9 tuotteita,  
 10 H Jo[o,  
 11 M → [Jos ite laitetaan ruokaa ni (0.6) emmä ainakaan kato  
 12 yhtään mitä mä sinne laitan.  
 13 → (3.4) ((H katsoo papereita))

Rivillä 6 nainen toteaa, että välillä ruoanlaitossa kiinnitetään huomiota terveellisyyteen ja välillä taas ei. Tähän mies lisää, että hän ei kiinnitä ruokaa laittaessaan terveellisyyteen lainkaan huomiota (rivi 11). Terveystenhoitaja ei kommentoi tai jatka keskustelua pariskunnan vastausten pohjalta rasvan ja suolan käytöstä, vaan katsoo papereitaan (rivi 13) ja seuraavaksi nainen ryhtyy kertomaan laihdutuskuurista, jonka aikana mies on laihduttanut kymmenen kiloa.

Esimerkissä 9 terveydenhoitaja ottaa esille molempien kasvien käytön määrän kysymyksen sisältävällä väitteellä, joka perustuu ravitsemuslomakkeen tietoihin (rivit 2-3). Rivillä 6 ja 7 terveydenhoitaja jatkaa kasvien käytöstä sanomalla ”*sulla ei ehkä ihan niin paljon sitten näitä*”. Tämä arvio on osoitettu miehelle, mutta mies ei reagoi siihen, vaan pysyttelee hiljaa (rivi 8).

### Esimerkki 9

- 1 (3.2) ((H katselee papereita))  
 2 H → No kasviksia ja vihanneksiakin (0.8) käytätte sillai (1.4)  
 3 joka päivä eks niin kuitenkin?  
 4 (1.2)  
 5 N Joo kyllä (mä jotain) (1.0) [(--)  
 6 H → [(että) sulla ei ehkä ihan  
 7 niin (0.2) niin paljon sitten (1.4) näitä?  
 8 → (2.8)  
 9 H Joo-o?, (. )  
 10 H → Mites tota ni, (5.0) Sä tunnustat ainakin että suolan  
 11 ((H alkaa katsoa mieheen)) käyttö on runsasta ja,  
 12 (3.2) ((M nyökkää useita kertoja, H katsoo koko ajan  
 13 miestä ja nyökkää myös useita kertoja))

Terveystenhoitaja ei saa mieheltä vastausta kasvien käyttömäärään kohdistuneeseen väitteeseen ja seuraavaksi terveydenhoitaja esittää ravitsemuslomakkeen tietojen perusteella, että mies ”tunnustaa” ravitsemuslomakkeen ”Suolan käyttö on mielestäni” – kohdassa käytön ole-

van runsasta (rivit 10-11). Terveystenhoitajan vahvistuspyynnön voi tulkita kritiikiksi miehen ravitsemustottumuksia kohtaan ja hän selvästi hakee jonkinlaista sanallista vastausta katso-  
malla mieheen. Mies kuitenkin pysyy hiljaa mutta nyökyttelee, joka on tulkittavissa suolan  
käytön runsauden vahvistavaksi vuoroksi. Tämän jälkeen terveydenhoitaja aloittaa pitkän  
puheenvuoron siitä, miten isänkin ravitsemustottumukset siirtyvät lapselle ja että olisi tärkeää  
alkaa jo raskauden aikana miettimään ruoanlaittoa ja ruokavalion terveellisyyttä syntyvän  
lapsen kannalta. Terveystenhoitajan puheenvuoron jälkeen nainen ei lähde puolustelemaan  
miestään terveydenhoitajan esittämän kritiikin pohjalta. Nainen kuitenkin kertoo, että heillä  
on erilaiset ”ruokakulttuurit”. Tätä kautta nainen antaa ymmärtää, että perheessä kyllä hänen  
kauttaan on otettu ruoan terveellisuuden näkökulma huomioon.

Esimerkissä 10 terveydenhoitaja kysyy naisen mielipidettä miehensä ruokavaliosta (rivit 1 –  
3), vaikka puoliso ei itse ole paikalla (Kuva 6). Terveystenhoitaja aloittaa keskustelujakson  
avoimella kysymyksellä siitä, mitä mieltä asiakas on puolisonsa ruokatottumuksista (rivi 1) ja  
jatkokysymyksessä vielä kysyy, että onko se naisen mielestä ihan ”*okoo vai?*” (rivi 2). Rivillä  
3 terveydenhoitaja rajaa kysymystä koskemaan miehen suolan ja rasvan käytön tapoja (rivi 3).  
Kysymyksessään terveydenhoitaja puhuu ”*miehisestä*” rasvan ja suolan käytöstä selittämättä  
sitä sen tarkemmin. Tällä tavoin hän vihjaa, että yleisesti miesten suolan ja rasvan käyttö voisi  
olla jollakin tapaa vastoin ravitsemussuosituksia.

### Esimerkki 10

```

1  H → no mitä mieltä sä oot isän (.) isän ruokatottumuksista
2      → et onks ne sun mielestä ihan (0.3) .hh ookoo vai?, (0.3)
3      → onks sellasta miehistä rasvan käyttöö ja suolan käyttöö,
4          (0.6)
5  N → e:i (.) ei ainakaan sitte sitä suolan käyttöö että
6      → (0.6) ehkä enemmän sitte rasvan käyttöö mutta sekin on
7          jotain keijua että (.)
8  H   n[ii just joo että ei (.) ei oo semmonen niinku
9  N   [.hhh ( )
10 H → että välttämättä vaatii [pöytäan m- (0.2) voita ja
11 N                                     [nii,(.)
12 N   e:i
13 H   pö[ytäsuolaa ja
14 N   [ei.
15 N → ja se keijuki kuulemma et se o (.) sen ihon takiaki ku
16     siin on ka- (.) mitä siinä on (.) omegakolmosta ja ( ) (.)
17     [.hh että hänen pitää nyt syödä hheh [heh heh heh he
18 H → [ahaa?, (.) joo. [se on hyvä et hän
19     aattelee näin (.)se on (.) ihana asia sit

```

Nainen ei kuvaa miehensä suolankäyttöä ongelmalliseksi (rivi 5). Rasvaa mies naisen mukaan  
käyttää enemmän, mutta toteaa, että ”*sekin on jotain keijua*” (rivit 6-7). Kommentillaan nai-

nen ilmaisee oletuksensa siitä, että terveydenhoitajan kysymys ”*miehisestä*” rasvan käytöstä tarkoittaa vain käyttöä. Seuraavassa puheenvuorossaan terveydenhoitaja reflektoi asiakkaan vastausta ja puhuu rasvan sijaan voista (rivit 10). Riveillä 15-17 asiakas vielä kuvaa ja perustelee tarkemmin miehensä rasvankäyttöä ja kertoo, että mies käyttää runsaammin rasvaa ihonsa takia ja naurahtaa puheenvuoronsa perään. Tällä tavoin nainen antaa ymmärtää, että hänen puolisonsa on terveystietoinen ja terveydestään huolehtiva. Terveydenhoitaja ei seuraavassa puheenvuorossaan lähde kommentoimaan miehen rasvan käytön syytä, vaan antaa positiivisen palautteen asiakkaan puolison rasvan käytöstä tai laadusta.

Yhdellä vastaanottokerralla mies on mukana, mutta häntä koskevaa ravitsemuslomaketta ei voi havaita videon perusteella (Kuva 6). Vastaanotolla tapahtuvan toiminnan tai puheen perusteella ei myöskään voi päätellä, että mies olisi täyttänyt ravitsemuslomakkeen tai se olisi edes muiden lomakkeiden mukana lähetetty kotiin. Esimerkissä 11 on kuvattu kyseisen vastaanoton ainoa kerta, kun terveydenhoitaja kiinnittää huomiota miehen ravitsemukseen ja kysyy siitä.

### Esimerkki 11

1 H → o- te ootte kummakkih.(.)  
 2 M → joo.(0.3)  
 3 H joooh.(.)  
 4 H → ja sääki oot ollu jo (0.4)  
 5 M → y:li kymmene vuotta.  
 6 H nii justiisa,

Rivillä 1 terveydenhoitaja esittää miehelle vahvistusta hakevan kysymyksen, jolla hän viittaa miehen noudattamaan kasvisruokavalioon. Ravitsemuskeskustelussa on aikaisemmin käynyt ilmi, että tuleva äiti noudattaa kasvisruokavaliota. Rivillä 2 mies vahvistaa terveydenhoitajan oletuksen oikeaksi. Koska mies ei jatka puheenvuoroaan, terveydenhoitaja esittää puheenvuoron koskien kasvisruokavalion noudattamisen kestoa (rivi 4), jonka mies sitten täydentää (rivi 5).

Kahden ravitsemuskeskustelun aikana terveydenhoitaja käytti osassa kysymyksistään monikkomuotoa ”*te*” viitaten koko perheeseen tai pariskuntaan, vaikka puoliso ei ollut paikalla ja hänen täyttämäänsä ravitsemuslomaketta ei havaintojen perusteella vastaanotolla käsitelty (Kuva 6). Esimerkissä 12 rivillä 1 terveydenhoitaja esittää oletuksen sisältävän kysymyksen, että perheessä tehdään ruokaa itse, jonka asiakas vahvistaa (rivit 2-3). Terveydenhoitaja jatkaa kysymällä työaikaista ruokailusta ja käyttää kysymyksessään edellisen kysymyksen tapaan monikkomuotoa (rivi 7).

**Esimerkki 12**

1 H → te paljon (.) teette (.) itse?, hh.(.) .hh i[tse ruokaa ja  
 2 N → [aika paljon  
 3 joo. (.)  
 4 H ja sitt[en  
 5 N [joo.  
 6 (0.3)  
 7 H → syöttekö (.) mm (.) töissä?,  
 8 (0.6)  
 9 N → .h (.)joo(.) no m- miehellä on työ hh. työn puo(h)le(h)sta  
 10 .h[hh(.) toi val[vottava lounas ja tota(h) heh he .hh j:ja  
 11 H [m, [a:i jaa (.) joo. (.) joo. kyllä  
 12 N → tota mää sitte ii ite h. (.) henkilöstö(.)ruokalassa  
 13 missä  
 14 (0.3)  
 15 H mm,  
 16 N vähä vaihdellen että,  
 17 H joo,  
 18 (0.8)  
 19 H → mut et vähintään yks (.) lämmin ateria päivässä  
 20 s[litten (.) (teillä) ( )  
 21 N → [juu (.) juu yleensä kaks.  
 22 (.)  
 23 H joo. (.) hyvä asia.  
 24 (0.2)

Vastauksessaan asiakas vastaa ensin puolisolllaan olevan ”*työn puolesta toi valvottava lounas*” (rivit 9-10) ja tämän jälkeen kertoo itse ruokailevansa henkilöstöruokalassa (rivi 12). Asiakkaan vastausten perusteella terveydenhoitaja toteaa, että molemmilla tulee ”*vähintään yks lämmin ateria päivässä*” (rivit 19-20), jonka asiakas vahvistaa oikeaksi ja lisää, että yleensä lämpimiä aterioita syödään kahdesti päivässä (rivi 21).

## 6.2 Ohjausaineistot ravitsemusohjauksen tukena

Vastaanottokerran aikana terveydenhoitaja jakoi odottaville äideille tai pariskunnille erilaisia raskausaikaan liittyviä oppaita, kirjallisia ohjeita ja esitteitä (Taulukko 16). Havainnot on tehty videoita katsomalla. Osassa tapauksista tutkija joutui käyttämään omaa päättelykykyään tutkiessaan sitä, mitä ohjausaineistoja terveydenhoitaja asiakkaalle antoi. Hoitajien puhe ja esitteiden kansilehdet toimivat päätelmien teon lähtökohtana. Videot eivät ole kuvanlaadultaan niin tarkkoja ja toisinaan ne ovat sellaisesta kulmasta kuvattuja, ettei annettavaa ohjausaineistoa pysty videoilta näkemään. Terveydenhoitajat kuitenkin usein kertovat selkeästi, mistä ja kenen tuottamasta oppaasta tai ohjeesta on kyse.

**Taulukko 16.** Äitiysneuvolan ensikäynnillä jaetut ohjausaineistot.

Aihe	n=9 <sup>1</sup>	Oppaan nimi ja tuottaja	Tuottaja
Yleisoppaat	9	Meille tulee vauva – opas vauvan odotukseen ja hoitoon	Stakes
	5	Saamme vauvan – odottavan perheen opas	Mannerheimin lastensuojeluliitto (MLL)
	8	Vauvan odotus, oma osio äidille ja isälle	Kaupallinen (Vaukirja)
	7	Raskauspäiväkirja	Kaupallinen (Libero)
Ravitsemus	9	Ravitsemuksesta raskauden ja imetyksen aikana	Tampereen kaupungin ravitsemusterapeuttien laatima ohje
	9	Ruokaa kahdelle – äidille ja lapselle, raskaus ja imetysajan ravitsemus	Maito ja terveys ry ja Ravitsemusterapeuttien yhdistys
	1	D-vitamiiniesite	Kaupallinen
	1	Foolihappoesite (Foliren)	Kaupallinen (Verman)
Muut	8	Opas raskauden aikaisesta liikunnasta, ryhdistä, lantionpohjan lihaksista ja ergonomiasta	Ei tiedossa
	1	Selkä – opas	Ei tiedossa
	2	Raskaus ja päihteet – opas	Ei tiedossa
	1	Hampaiden hoito - opas	Ei tiedossa

<sup>1</sup> Yksi video vioittunut ja nauhoitus loppuu kesken

Esimerkissä 13 on hyvin tyypillinen tilanne, jossa terveydenhoitaja esittelee oppaat ja kertoo niiden sisällöstä. Vaukirjan oppaan ja Liberon raskauspäiväkirjan kaupallisuuden terveydenhoitaja toi usein esille (rivi 10). Ohjausaineistojen jakamisen yhteydessä terveydenhoitaja ei jättänyt äidille tai pariskunnalle aikaa tutustua annettuihin oppaisiin ja ohjeisiin tarkemmin. Liikunnasta, työergonomiasta ja lantionpohjan lihaksista terveydenhoitaja kertoi usein oppaan antamisen yhteydessä (rivit 23 ja 26). Myös esimerkissä 13 keskustelu jatkui asiakkaan työergonomiasta.

**Esimerkki 13**

1 H .hh (.) no sitten on tota (.) kh-krhmm. (1.4) ni saat nyt  
 2 → nipun muutakin luettavaa otetaas tuolta noin yks,  
 3 (1.2) ((etsii laatikosta esitettä)) yksi esite vielä.  
 4 (0.8)  
 5 H kaikki (.) mh.  
 6 (4.6) ((H palaa paikalleen))  
 7 H on tämmöne stakesin hh. (.) odottava ja (.) ja m- (.)  
 8 vauvahoidon (0.4) hyvä (0.4) oppikirja oikestaan tässä on  
 9 ihan (.)ihan kivasti kerrottuna (.) .hh asioista, sitten on  
 10 → tämmönen (.) tämmönen tota vähä kaupallisempi (0.5)  
 11 äidille ja isälle tääl on omat osuutensa niin (.) .hh niin  
 12 (.) raskaudesta ja (.) sit on mainoksia (0.4) mainoksia  
 13 sitte välissä .hh liberon tämmönen odotusaika (0.3) .hh  
 14 kirjanen(0.3) jossa on (1.0) jossa on kerrottu vähän minkä  
 15 olonen ja mil- minkälaisia tuntemuksia (.) .thh (0.4)  
 16 raskauden milläkin viikolla siten, (.)  
 17 N joo.  
 18 H sitte siinä vatsassa on  
 19 (0.7)  
 20 H .hh mannerheimin lastensuojeluliiton tämmönen (0.3) .hh  
 21 odottajan (.) opas (0.3) vanhemmuudesta on paljon siinä  
 22 tekstiä.(.)  
 23 H → .hh[h ja tosta liikunnasta, (.) .th ryhtiasioista (.)  
 24 N [joo,  
 25 H lantionpohjan lihaksistosta (0.3) er[gonomiasta (0.2)  
 26 N [mm  
 27 H työssä kannattaa nyt sitä miettiä (.) .hh sä oot projekti  
 28 päällikkö niin (.) on istumatyötä teet

Terveystenhoitaja ei yleensä antanut ravitsemusta käsittelevää opasta, kirjallista ohjetta ja esitteitä muiden oppaiden ja kirjallisten ohjeiden antamisen yhteydessä, vaan ravitsemuskeskustelun yhteydessä. Vastaanottokerroilla ravitsemuskeskustelu käytiin ennen muiden oppaiden ja kirjallisten ohjeiden antamista. Rivillä 2 terveydenhoitaja viittaa jo edellä annettuihin ravitsemusta käsittelevään ohjeeseen ja oppaaseen toteamalla, että asiakas tulee seuraavaksi saamaan myös muuta luettavaa.

Ravitsemusohjauksen yhteydessä terveydenhoitajat hyödynsivät Tampereen kaupungin ravitsemusterapeuttien laatimaa ”Ravitsemuksesta raskauden ja imetyksen aikana” – ohjetta (Liite 4). Ohje löytyy myös kaupungin Internet – sivuilta. Sakariinia ja maksan käyttösuositusta lukuun ottamatta ohje on pysynyt samanlaisena kuin se oli vuosina 2006 – 2007. Maito ja terveys ry:n ja Ravitsemusterapeuttien yhdistyksen yhdessä tuottama Ruokaa kahdelle – äidille ja lapselle, raskaus ja imetysajan ravitsemus – opas oli toinen ravitsemusohjauksen yhteydessä terveydenhoitajien asiakkaille antama ohjausaineisto. Kaupallisista esitteistä ravitsemusohjauksen yhteydessä terveydenhoitajat tarjosivat esitteen foolihapposta (n = 1) ja D-vitamiinista (n = 1).



Molemmissa tutkimuksen kohteena olevissa neuvoloissa terveydenhoitajat käyttivät ravitsemusohjauksessa samoja ohjausaineistoja, mutta niiden hyödyntämisessä oli huomattavissa eroja. Saman neuvolan terveydenhoitajien välilläkin aineistojen käytössä oli havaittavissa eroavaisuutta, mutta ero oli pienempi verrattuna toisen neuvolan terveydenhoitajiin. Kuitenkin yksittäinen terveydenhoitaja käytti ohjausaineistoja hyvin samalla tavalla eri vastaanottokerroilla.

#### **6.2.1 ”Ravitsemuksesta raskauden ja imetyksen aikana” – ohje ravitsemusohjauksen tukena**

”Ravitsemuksesta raskauden ja imetyksen aikana” – ohje on Tampereen kaupungin ravitsemusterapeuttien laatima ohje äitiysneuvoloiden käyttöön (Liite 4). Käytän myöhemmin tekstissä tästä termiä ”erityisohje”, sillä se keskittyy pääasiassa raskauden aikaisen ravitsemuksen erityissuosituksiin. Koska erityisohje on tarkoitettu kaikille äitiysneuvolan asiakkaille jaettavaksi, sitä koskevaa ohjausta voidaan pitää ennalta määrättynä toimintana ja raskauden aikaisten erityisohjeiden tarjoaminen odottaville äideille on osa terveydenhoitajien institutionaalista tehtävää. Aineistossa oli havaittavissa eroja siinä, miten ja kuinka usein terveydenhoitajat tarjosivat asiakkailleen ohjeita liittyen raskauden aikaisiin ravitsemuksen erityissuosituksiin (Taulukko 17).

**Taulukko 17.** Raskauden ajan ravitsemuksen erityissuosituksen mukaiset ohjeet ja niiden tarjoaminen.

Neuvola	Neuvola 1					Neuvola 2				
Erityissuositus	A 1	A 2	A 3	A 4	A 5 <sup>1</sup>	A 6	A 7	A 8	A 9	A 10
Yleiset hygieniaohteet	x	x	x							
Maksaruokat	x	x	x	x	x				x	
Liha, kanan, kananmunan ja kalan kypsennys	x	x	x	x	x					
Kalalajia koskevat käyttösuositukset		x	x	x	x		x			x
Tyhjiöpakattu, graavisuolatettu, ja kylmäsavustettu kala	x	x	x	x	x					
Vihannesten ja juuresten puhtaus		x		x	x					
Ulkomaalaiset pakastevadelmat		x		x	x					
Pastöroimattomat maitovalmisteet	x	x	x	x	x					
Makeutusaineet	x	x	x	x	x					
Lakritsi ja salmiakki		x		x						
Kahvi	x	x	x	x						
Kolajuomat	x	x	x	x						
Kofeiini	x		x	x						
Korvasienet		x		x						
Pellavansiemenet	x	x		x						
Luontaistuotteet, rohdosvalmisteet ja yrttiteet	x	x		x		x				
A-vitamiini		x	x	x	x		x		x	
Merilevävalmisteet		x								
Alkoholi		x								
Alkuraskauden pahoinvointi										

<sup>1</sup> Nauha loppuu kesken ravitsemuskeskustelun

Toisessa neuvolassa (Taulukko 17, Neuvola 1) terveydenhoitaja antoi erityisohjeen asiakkaalle kirjallisena, kaksipuolueisena tulosteena ravitsemuskeskustelun yhteydessä. Terveydenhoitajat kävivät listan hyvin yksityiskohtaisesti läpi ja näiden erityisohjeiden käsittely vieikin merkittävän osan ravitsemuskeskustelusta. Selostaessaan listaa läpi terveydenhoitaja antoi usein lisätietoa tai perustelee annettua ohjetta (Esimerkki 14).

**Esimerkki 14**

- 1 H → .hh vihannekset ja juurekset tulee pestä ja kuoria  
 2 listeriainfektion ehkäisemiseksi(.)  
 3 H → .hh tää listeria on semmonen (0.4) .hh semmonen mm:  
 4 listeriainfektio (.) aiheuttaa ripulia. (.) ja huonoo  
 5 oloo ja kuumeen(0.4)  
 6 H .hh ja tuota (1.7) vauva juo (.) vauvalla ei oo (0.5)  
 7 vastustuskykyä tätäh (0.3) asiaa vastaan.(0.6)  
 8 H .hh ja sen takia niin tuota niin mm (1.0) näitä (.)  
 9 tämmösiä (1.3) rajoitteita on raskauden aikana.

Riviltä 1 alkavan puheenvuoron terveydenhoitaja lukee suoraan erityisohjeesta, jota hän pitelee käsissään (vrt. Liite 4). Riviltä 3 lähtien terveydenhoitaja kuitenkin tarjoaa pariskunnalle lisätietoa listerian aiheuttamista oireista ja sen vaikutuksista vauvaan. Tällä tavoin hän pyrkii selittämään ja perustelemaan tarjoamaansa ohjetta vihannesten ja juuresten pesemisestä ja kuorimisesta.

Esimerkissä 15 terveydenhoitaja esittää erityisohjetta selostaessaan asiakkaan ruokavaliota koskevan, tarkentavan kysymyksen. Rivillä 1 sana ”täällä” viittaa erityisohjeeseen, jota terveydenhoitaja selostaa. Kahvin juomisen esiintyminen ohjeessa tekee luontevaksi sen, että kahvin juominen nostetaan esiin keskustelussa ja terveydenhoitaja kysyy asiakkaan kahvin juomisesta (rivit 2-3). Rivillä 4 asiakas kuitenkin kertoo, ettei hän juo kahvia.

**Esimerkki 15**

- 1 H → [täällä] on myös näitten lisäksi on puhuttu totaa  
 2 → korvasienistä kahvin juonnista (.) kuinka paljon kahvia  
 3 sulla kuluu  
 4 N → ei ollenkaan  
 5 H → no niin sekään ei oo yleensä ongelma sitte .hh  
 6 N → mutta se varmaan ehkä kun mä juon kolaajuo[miakin]  
 7 H [nii'i]  
 8 N jonkun verran [niin se]  
 9 H [joo] eli kofeiini [on] siellä se mikä  
 10 N [niin]  
 11 H → myös mikä myös näkyy.hh jos kahvia suositellaan kolme  
 12 kupillista päivässä enintään  
 13 niin varmaan myös saman verran [sitä] kokista  
 14 N [mmh]  
 15 H tai jotain muuta

Asiakas osaa itse yhdistää terveydenhoitajan mainitseman kahvin juomiseen liittyvän ”ongelman” (rivi 5) kofeiiniin ja sitä kautta kolaajuomiin. Rivillä 6 asiakas ilmaisee puheenvuorossaan huolensa kolajuomien käytöstä. Tämän jälkeen terveydenhoitaja tarjoaa ohjeen kolajuomien käytöstä raskauden aikana (rivit 11-13).

Esimerkissä 16 terveydenhoitajan erityisohjeeseen perustuva ohjaus johtaa siihen, että asiakas esittää kysymyksen. Terveydenhoitaja on edellä puhunut pastöroimattomien maitotuotteiden käyttöön liittyvistä rajoituksista raskauden aikana. Hän jatkaa edelleen kertomalla myös muita elintarvikkeista, jotka saattavat altistaa listeriainfektiolle. Kun asia tulee esille terveydenhoitajan puheessa, asiakas muistaa kysymyksen, jota hänen piti kysyä (rivi 7) ja esittää sen (rivi 9 ja 11).

### Esimerkki 16

1 H samanlaisia bakteereja elikkä tämmöstä listeriaa listeriaa  
 2 siinä pelätään .hh niin sitä löytyy myös liha kala  
 3 kananmuna lohkosta (.) lähinnä tommosista kalavalmisteista  
 4 ja äyriäisistä joita ei oo kuumakäsitelty (.) eli mädit  
 5 äyriäiset niin ne on vähän kiellettyjen listalla samaten  
 6 tämmöset kylmäsavustetut tuotteet  
 7 N → aivan siitä mun pitikin itseasiassa kysyä  
 8 H mmh  
 9 N → kysyä graavisuolattusta lohe[sta] että o- se on kokonaan  
 10 H [mmh]  
 11 N → täysin kielletty  
 12 H → hh no se on suositus niin että siit että se olis  
 13 lämpökäsitelty [kala] mitä käytettäs  
 14 N [aivan]  
 15 H → .hh se on epätodennäköstä että jos nyt aattelet  
 16 minkälaisia herkkuja esim on joulupöydässä  
 17 [on tässä tulossa]  
 18 N [no joo sitä mä] tässä[just] mietin että kun meillä on  
 19 H [mmmh]  
 20 N → koko suku joulupöydässä ja siellä on graavisuolattua  
 21 lohta vaan sen takia että että mää tykkään siitä  
 22 niin paljon niin sitte jos mä en ota sitä  
 23 siellä niin [sit]te kun mä en halua vielä kaikille kertoo  
 24 H [mmh]  
 25 N → kuitenkin [että] mä oon raskaana mä en sen takia sitä  
 26 H [mmh] joo  
 27 N → ehkä nyt syö niin sitte mä aattelinkin että voiko sitä ees  
 28 vähän  
 29 H → voi  
 30 N [vähän]  
 31 H → [kyllä] sitä se on siis hy- hyvin epätodennäköistä että  
 32 siinä mitää on .hh jouluks jouluks niitä tulee tuoreena ja  
 33 niitä käsitellään ja ja ne ja ne menee ja menekki on hyvä  
 34 mutta se ongelma on yleensä semmosissa mitkä seisoo tuolla  
 35 kaupantiskillä kauheen kauan aikaa

Asiakkaan kysymykseen onko graavisuolattu lohi täysin kielletty terveydenhoitaja tarjoaa vastaukseksi raskaana olevien ravitsemussuositusten mukaisen ohjeen kalan syönnistä lämpökäsiteltynä (rivit 12-13). Vuoron alku ”no se on suositus” viittaa siihen, että suositusten noudattamisesta on mahdollista neuvotella. Tämän jälkeen asiakas kertoo huolensa raskauden paljastumisesta sukulaisille joulupöydässä, jossa graavisuolattua lohta on häntä varten tarjolla

(rivit 20-23 ja 25). Seuraavaksi terveydenhoitaja antaa myöntyvän vastauksen asiakkaan kysymykseen siitä, voiko graavisuolattua lohta syödä joulupöydässä ”*ees vähän*” (rivi 27-28). Perusteeksi suosituksista poikkeavalle ohjeelle terveydenhoitaja esittää, että listeriainfektio on epätodennäköinen joulunajan sesongissa (rivit 31-35). Poikkeusluvan antaminen ja asiakkaan kokonaistilanteen huomioiminen voivat toimia terveydenhoitajan keinona rakentaa yksilöllistä ohjausta.

Esimerkissä 17 terveydenhoitaja ottaa huomioon sen, että asiakas on kasvissyöjä (rivi 1). Siitä huolimatta hän toistaa erityisohjeessa olevan suosituksen maksan käytön välttämisestä sen korkean A-vitamiini- ja raskasmetallipitoisuuden vuoksi (rivit 2-4). Riveillä 5-6 terveydenhoitaja lukee erityisohjetta eteenpäin ja mainitsee ensin suosituksen lihan, broilerin ja kalan kypsentämistä.

### Esimerkki 17

```

1  H → .hh eli (.) maksaruokia sää et syö joka tapauksessa niin
2      → ne on (.) ne on pois se aavitamiinin takia, (.) ja (.)
3      tavallaan nuitten (.) .h raskasmetallipitoisuuksien vuoksi
4      kokonaan.(.)
5  H → .hh liha broileri ja kala kypsänä että muistat sen
6      kalankin kypsyttää hyvin.
7  H → .hh ja kalaa voi sit sen proteiinin takia niin lisätä
8      raskauden aikana (.) että
9  H → syöt sitä ainaki kerran viikossa jos et kaks kertaaki.
10     (0.5)
11 N → jo[o,
12 H → [se ois iha hyvä lisä ni ( ) (ja hyvä et) sulla on se
13     kananmuna.(0.4)
14 N   [mm,
15 H   [se o hyvä, (0.5) tosi h[ hyvä.
16 N                                     [m,
17     (0.9)
18 H → .hh (0.4) ja tuota (.) mutta e:i haukee h. (.) haukee ko-
19     raskauden ja imetyksen ku se on (.) kerää muita k- muista
20     kaloista kaikkih (0.6) päästöt.
```

Rivillä 7 alkaen terveydenhoitaja poikkeaa erityisohjeen mukaisesta etenemisjärjestyksestä ja antaa ohjeen kalan käytön lisäämisestä proteiinin riittävän saannin turvaamiseksi ja ”määrää” asiakkaan syömään sitä ”*ainaki kerran viikossa jos et kaks kertaaki*” (rivi 9). Asiakas vastaa terveydenhoitajan puheenvuoroon lyhyesti ”*joo*” (rivi 11). Lyhyellä vastauksella asiakas ilmaisee ottaneensa ohjeen vastaan, mutta sen perusteella ei kuitenkaan voi päätellä, aikooko asiakas noudattaa ohjetta. Tämän jälkeen terveydenhoitaja toteaa vielä kananmunan olevan hyvä lisä asiakkaan ruokavaliossa (rivit 12-13). Nämä ohjeet eivät liity erityisohjeisiin. Tässä kohdassa terveydenhoitaja huomio asiakkaan noudattaman kasvisruokavalion ja nostaa kalan kypsentämistä käsittelevässä kohdassa esille proteiinin saannin tärkeyden. Tämän jäl-

keen terveydenhoitaja jatkaa erityisohjeen selostamista (rivi 18). Esimerkissä 17 vaikuttaisi siltä, ettei terveydenhoitaja selostaa erityisohjetta kohta kohdalta läpi, vaikkei se aina vastaisi asiakkaan tarpeita. Toisaalta terveydenhoitaja kuitenkin ottaa huomioon sen, että asiakas on kasvissyöjä ja erityisohjeiden lisäksi terveydenhoitaja nostaa esiin myös proteiinin saannin.

Toisessa neuvolassa (Taulukko 17, Neuvola 2) toimintatapa erityisohjeen suhteen oli erilainen. Erityisohje oli lähetetty etukäteen muiden lomakkeiden mukana kotiin, eikä sitä käyty vastaanottokerralla läpi. Kolmessa ravitsemusohjaustilanteessa terveydenhoitaja tiedusteli asiakkaalta, oliko erityissuosituksessa jokin kohta jäänyt mietityttämään. Kahdessa ravitsemuskeskustelussa erityisohjetta ei mainittu lainkaan. Esimerkissä 18 erityissuositus mainitaan muun ohjauksen yhteydessä. Rivillä 4 terveydenhoitaja mainitsee ”listan”, joka oli lähetetty kotiin. Tämän jälkeen hän kertoo ohjeessa olevasta kalan käytön suosituksesta raskauden aikana ja perustelee annettua suositusta (rivit 7-8, 10 ja 13). Esimerkissä asiakas myötäilee terveydenhoitajan puhetta ja viestii näin kuuntelevansa ja ymmärtävänsä (rivit 6, 9, 11 ja 13). Samalla hän antaa ymmärtää, että hän on saanut terveydenhoitajan mainitseman ”listan” postissa.

### Esimerkki 18

- |    |     |  |
|----|-----|--|
| 1  | H   | joo .hh kalassahan on hyviä rasvahappoja ja ja dee         |
| 2  |     | vitamiinia ja kaikkia näitä saa [että] (sen takia)         |
| 3  | N   | [niin]   |
| 4  | H → | siinä listassa mikä kotiin tuli mitä ei suositellakaan     |
| 5  |     | raskausaikana oli kalan kohdassa näitä .hh                 |
| 6  | N → | niin   |
| 7  | H → | et käytännössä tarkoittaa että jos .hh syö vaihdellen sisä |
| 8  |     | ja merivesikaloja [ja] monipuolisesti niin ei niistä nyt   |
| 9  | N → | [niin]   |
| 10 | H → | sillai ongelmaa[tuu että]semmoset isot petokalat jotka syö |
| 11 | N → | [niin joo]   |
| 12 | H → | tietysti muita niin nii[hin] kertyy [aina] sitten          |
| 13 | N → | [niin] [aiva]  |

Esimerkin 18 tavoin joitakin erityisohjeessa olevia suosituksia saatettiin nostaa ohjauksessa esille. Yksityiskohtaisia suosituksia, esim. pellavansiemenien käytöstä tai kahvin määrästä, terveydenhoitajat eivät kuitenkaan maininneet (Taulukko 17). Esimerkissä 19 ravitsemuskeskustelun lopussa terveydenhoitaja kertoo raskauden aikaisessa ravitsemuksessa suositeltavia asioita, joista rivillä 1 mainitsee B-vitamiinit ja foolihapon. Terveydenhoitaja mainitsee vielä A-vitamiinin ja luultavasti viittaa sanomalla ”ei sellasia muita erikois” luontaistuotteisiin, joita ei suositella (rivit 2-3). Lause jää kuitenkin päättämättä, sillä asiakas haluaa varmistaa tietonsa siitä, että maksa on myös raskauden aikana kielletty (rivi 4). Samalla hän myös tuo ilmi, että on lukenut erityisohjeen läpi tai on ainakin tietoinen raskaudenaikaisista rajoituksis-

ta ruokavaliossa. Tämän jälkeen terveydenhoitaja vastaa myönteisesti asiakkaan kysymykseen maksan käytöstä. Samalla hän varmistaa, ettei asiakkaalle ole jäänyt epäselvyyksiä listassa esitettyjen ohjeiden suhteen (rivit 6-7). Rivillä 10 asiakas ensin kieltää, että hänellä olisi lisätiedon tarvetta venyttää ei – sanaa, mutta kysyy kuitenkin kasvis- ja lihaliemivalmisteiden käytöstä raskauden aikana (rivit 10-13). Rivillä 13 asiakas ikään kuin lieventää kysymystään sanomalla, että *”onks se ihan huhupuhe vai”*. Tällä tavoin hän ilmaisee, ettei ole itse ole keksinyt asiaa tai muodostanut mielipidettä siitä ja haluaisikin nyt saada terveydenhoitajan mielipiteen asiasta. Terveydenhoitaja ei lähde heti tyrmäämään asiakkaan ajatusta, vaan lähtee miettimään, mikä liemivalmisteissa mahdollisesti voisi olla sellaista, mikä ei sovi raskaana oleville (rivit 16-17). Hän mainitsee myös, ettei asiaa ole mainittu *”tässhä meiän listas”* (rivit 16-17).

### **Esimerkki 19**

```

1  H → ja sitte tota (1.4) nää (.) beevitamiini foolihapot mutta
2      → ei ja aavitamiinia välttämään mutta ei (.) ei sellasia
3      muita erikois
4  N → ja maksa oli semmonen eikö ollu
5      (0.3)
6  H → .hh joo.olikos siinä listassa jotain muuta mitä (.) mietit
7      tai [ihmettelit että
8  N      [hhh.
9      (0.5)
10 N → ee:i:,hh. (.) e- eeih. (0.3) jossain on (.)
11      niinkun noista (0.3) .h kasvisliemi (0.5) tai lihaliem-
12      (.) m mi (.) valmisteista (0.3) .hh sanottu et niit ei
13      → sais ni onks se (.)ihan huhu(.)puhe vai (0.2)
14 H → mitähän niissä sitten vois (0.5) ollah (.) sellasta,
15      (2.1)
16 H      mikä- (.) mikähän se ois (.) meillä ei (.) tässähä (.)
17      meiän listas sitä ei [oo (et ku mä) mietin et mikähä niis
18 N      [ni (.) nii no nii just.
19 H → on se ainesosa sitten mitä niinkun niissä (1.9) vois
20      [olla,
21 N → [eli mää oon ehkä sen sitte se[n (.) jostain (0.4)
22 H      [ainakaan niis ei o
23      → i:nt(h) ern(h)et(h)istä l(h)uke(h)nu j(h)ost(h)ain h'h
24      .h[h (.) ( )
25 H → mitään raakaa eikä epämäärä[stä siis sillain
26 N      [nii.
27 H → kypsennettyä eikä (.) no suolaahan niissä tietysti
28      voi o[lla
29 N      [mh,
30 H → kauheen paljonki.
31      (0.7)
32 N      mm.
33 H → et miten niitä sitte käyttää,
34      (0.8)
35 H      .mt ei niistä (.) mitään niinkun (.) tämmöstä infektioo

```

36 niistä ei voi saada listeriaa tai toksoplasmoosia ja (0.2)  
 37 .hh (.) mm: eikä niissä mitään makeutusaineita oo, (1.7)  
 38 .hh ihan heti en kyllä keksi e[t mitä niissä vois [olla  
 39 N [joo. [no ni  
 40 H sellasta että  
 41 (1.1) ((H laittaa kirjan hyllyyn))  
 42 H → että kyllä niinku (.) jos (.) .hh jos niitä tykkää  
 43 käyttää nii en nyt usko että siinä mi[tään,  
 44 N → [siitä mitää,(.)joo.  
 45 H n[ii:,  
 46 N → [hyvä,  
 47 (3.6)  
 48 H → ( ) kerro jos löydät joskus jonkun peruste[lun sille ni,  
 49 N [hh'  
 50 fjo(h)o(h)o sitte kerron het[i,f .hhhh  
 51 H [joo.

Rivillä 19 terveydenhoitaja pohtii ääneen, mikä ainesosa liemikuutioissa voisi olla sellainen, mikä ei soveltuisi raskaana oleville. Riveillä 21 ja 23-24 asiakas päättelee, että hän on sitten sen ”jostain Internetistä lukenut”. Asiakkaan vuoro viittaa siihen, että hän suhtautuu epäilevästi Internetin tarjoamaan tietoon. Terveysdenhoitaja pohtii edelleen syitä, miksi liemikuutiot voisivat olla haitaksi raskauden aikana ja toteaa, ettei niissä ainakaan mitään raakaa tai epä-määräistä ole (rivi 25). Riveillä 27-28 ja 30 terveydenhoitaja mainitsee liemikuutioiden suolapitoisuuden olevan mahdollinen ongelma, mutta sekin riippuu sitten siitä ”et miten niitä sitte käyttää” (rivi 33). Riviltä 42 terveydenhoitaja esittää lopulta arvioin, ettei liemikuutioiden käytössä raskauden aikana ole mitään ongelmaa ja lopuksi pyytää asiakasta vielä kertomaan, jos hän löytää jonkin perustelun tälle väitteelle (rivit 48 ja 50). Riveillä 44 ja 46 asiakas ilmaisee hyväksyvänsä terveydenhoitajan vastauksen liemikuutioiden soveltuvuudesta raskaana oleville.



### 6.2.2 Ruokaa kahdelle – oppaan käyttö ravitsemusohjauksessa

Tämän tutkimusaineiston kaikissa ravitsemusohjaustilanteissa (n = 9) asiakkaalle annettiin Maito ja terveys ry:n ja Ravitsemusterapeuttien yhdistyksen yhdessä tuottama Ruokaa kahdelle – äidille ja lapselle, raskaus ja imetysajan ravitsemus – opas. Myöhemmin tekstissä käytän tästä termiä Ruokaa kahdelle – opas. Opas keskittyy pääasiassa raskaana olevan ja imettävien naisen ruokavalion laatusuhteisiin. Silloin, kun terveydenhoitajat eivät selostaneet erityisohjeita yksityiskohtaisesti läpi, he hyödynsivät enemmän ohjauksessaan Ruokaa kahdelle – opasta. Aiheet, joita terveydenhoitajat mainitsivat, olivat ruokaympyrä (n = 2), lautasmalli (n = 7), raskauden aikainen painonnousu (n = 4), kasvisten käyttö (n = 5), ateriarytmi (n = 2), luuston kunto (n = 2) ja pahoinvointi (n = 1).

Kolmessa ravitsemusohjaustilanteessa Ruokaa kahdelle – opasta käydään läpi yhdessä asiakkaan kanssa. Näissä tilanteissa terveydenhoitaja asettaa oppaan pöydälle niin, että teksti ja kuvat ovat asiakkaaseen nähden oikein päin. Kaikissa näissä ohjaustilanteissa terveydenhoitaja käy oppaan avulla asiakkaan kanssa läpi ainakin lautasmallin, sopivan painonnousun raskauden aikana sekä kasvisten käytön merkityksen. Viidessä ravitsemusohjaustilanteessa terveydenhoitaja selailee ja pyörittelee käsissään Ruokaa kahdelle – opasta sitä esitellessään ja näyttää sieltä asiakkaalle yksittäisiä kuvia. Terveydenhoitaja siis nostaa esiin aiheita Ruokaa kahdelle – oppaasta, mutta asiakas ei pääse ravitsemuskeskustelun aikana tutustumaan oppaaseen ja opas annetaan asiakkaalle vasta ravitsemusohjauksen päättyessä.

Esimerkissä 20 on kuvattu tilanne, jossa terveydenhoitaja esittelee Ruokaa kahdelle – opasta (rivit 1-4). Terveydenhoitaja nostaa oppaasta esille lautasmallin ja pahoinvoinnin, mutta ei lähde niitä tässä kohdassa sen tarkemmin avaamaan. Myös maitovalmisteiden ja sitä kautta kalsiumin ja D-vitamiinin saanti nousevat esiin oppaan avulla ja näistä terveydenhoitaja ryhtyy tarjoamaan asiakkaalle lisää tietoa (rivit 5-11). Keskustelu jatkuu vielä D-vitamiinista ja kalsiumista, jonka jälkeen terveydenhoitaja vielä nostaa oppaan avulla pahoinvoinnin vielä uudelleen esille ja mainitsee oppaasta pahoinvointia mahdollisesti helpottavia ruoka-aineita (rivit 12-14). Asiakas on kärsinyt voimakkaasta pahoinvoinnista alkuraskauden aikana.

**Esimerkki 20**

1 H → .hh ruokaa kahdelle äidille ja lapselle on tämmönen  
 2 kirjanen jossa on lautasmallit kuinka tulis syödä ja sitte  
 3 täs on pahoinvoinnistaki ja (.) kaikesta tällasesta (.)  
 4 .hhh asiasta (0.2) maito juusto kalsium luustoo elikä (.)  
 5 → tota nii .hh me ei oikestaan suositella mitään (.)  
 6 ylimääräsiä vitamiineja (.) ään normaali(.)tilanteessa  
 7 normaaliruokaa syöville ihmisille paitsi deevitamiiniä(.)  
 8 .hh eli suomessa auringonvalosta ja kalasta ei (0.6)  
 9 välttämättä saa sitä deevitamiinitarvetta ni raskaana  
 10 olevilla se tarve on (.) .hh sama ku lapsillakin elikä se  
 11 hhh. muistatko annettiin (.) devitoli tai  
 ..

12 H → tääl on näitä tät- hhhh. tästä pahoi'voinnista viili  
 13 jogurtti hedelmä tai leipä(.)viipale voi helpottaa oloa ja  
 14 (0.6) jääkylmä mehu tai jäätelö  
 15 → (5.3)  
 16 H → sellaiset jutut sitten mitä ei (.) ei (0.6) suositella  
 17 raskauden aikana ni tästä on ihan tämmönen (.) .hh lista  
 18 nykyään tehty eli maksaruokia ja maksamakkaraa ne oli jo  
 19 (.) ne on ollu jo pitkään (.) että niitä vältetään,

Asiakas ei reagoi terveydenhoitajan tarjoamaan ohjeeseen (rivi 15). Seuraavaksi terveydenhoitaja lähtee luettelon omaisesti käymään läpi raskauden aikaista ravitsemusta käsittelevää erityisohjetta (rivit 16-19). Terveydenhoitaja antaa Ruokaa kahdelle – oppaan ja erityisohjeen asiakkaalle ravitsemuskeskustelun päättyessä.

Kahdessa neuvontatilanteessa Ruokaa kahdelle – opasta ei käsitellä lainkaan. Terveydenhoitaja ravitsemuskeskustelun päätteeksi kertoo asiakkaalle, että hän saa ”*ravitsemukseta nää erityishuomiot*” eli raskauden aikaisia erityissuosituksia käsittelevän ohjeen sekä ”*tämmösen ihan kivan kivan kirjasen*” eli Ruokaa kahdelle – oppaan. Oppaan antamisen terveydenhoitaja mainitsee, että kyseessä on ravitsemusta käsittelevä opas. Kyseessä oli kaksi saman terveydenhoitajan vastaanottoa. Kyseinen terveydenhoitaja käytti ohjauksen apuna ruokapyramidia (Esimerkki 21).

Esimerkissä 21 rivillä 4 terveydenhoitaja sanoo, että periaate ruokapyramidissa on se, että joka lohkosta syötäisiin päivittäin jotain. Tämän jälkeen terveydenhoitaja lähtee selittämään, että viljat muodostavat ruokavalion pohjan (rivit 6-7). Terveydenhoitaja perustelee äidille, että viljat ovat tärkeitä kuidun saannin ja sitä kautta vatsan toiminnan kannalta. Ruis myös tasapainottaa sokeriaineenvaihduntaa ja täysjyvävilja sisältää myös rautaa. Lopuksi terveydenhoitaja tiivistää sanomalla, että ”*niist saa paljon hyödyllisiä aineita että et se on se pohja*”. Viljatuotteiden käsittelyn jälkeen terveydenhoitaja ryhtyy käsittelemään kasvien, hedelmien ja marjojen käyttöä (rivit 8-9) ja niiden suositeltavaa päivittäistä käyttömäärää (ri-

vit 11-13). Riveillä 13 ja 15 terveydenhoitaja viittaa aikaisempaan keskusteluun ja antaa positiivista palautetta siitä, että perheessä käytetään vihanneksia ja kasviksia. Tämän jälkeen terveydenhoitaja muistuttaa asiakasta huolehtimaan hygieenisyydestä kasvien käsittelyn suhteen. Koko tämän keskustelun ajan asiakas vastaa hyvin lyhyesti ja osoittaa sillä tavoin kuuntelevansa.

### Esimerkki 21

1 H .hh tai nykyään itseasias käytetään tämmöstä ruoka (0.7)  
 2 ruokapyramid[ia. (.) niin  
 3 N [mm:. (.) mm:. (.)  
 4 H → sillä periaatteella et joka lohkota- (.) lohkosta jotakin  
 5 (0.6) ((H nyökkää, N nyökkää))  
 6 H niin (.) päivittäin .hh s- viljat muodostaa sinne sen  
 7 (0.6) .hh äää sen pohjan  
 ..  
 8 H → .hh sitten on nää (.) kasvikset (.) marjat hedelmät (.)  
 9 niitä saa käyttää sillai aika huolettomasti kyllä  
 10 N mm (.) mm  
 11 H → että(.) (0.5) joka y- (.) päivä niin ois hyvä (.) .hh yks  
 12 kaks (.) kolmekin (.) hedelmä tai marja-annosta (0.3)  
 13 → syödä ja (.) ja vihanneksia niin ku' sanoit ja kasvik[sia  
 14 N [joo.  
 15 H → ku (.) sanoit et teillä käytetään niin .hh se on hyvä asia  
 ..  
 16 H → kyllä, (.) et ne on iso ryhmä (.) ja tärkeä ryhmä noi  
 17 maitovalmisteet  
 18 H → .hhh ja samaten tietysti liha kala(0.6).hh(0.5) ja: m- (.)  
 19 ja m- (0.5) kananmuna niin(0.5)on semmoset tärkeet myös ja  
 ..  
 20 H → .hh no sit me ollaan aika huipulla jo tuolla (0.3)  
 21 ((osoittaa kuvaa)) ruokapyramidissa että sinne jää sitten  
 22 enää noi (.) ravintorasvat. (.) .h[h ja niihin tietysti  
 23 N [mm.  
 24 H → kannattaa kiinnittää huomiota että paljon käyttää  
 25 → kasvisöljyjä ja ne on pitkällä tähtäyksellä (.) .h  
 26 terveellisempiä ja .hh tässä vaiheessa itse asiassa on (.)  
 27 pystyy vaikuttaa jo siihen äidinmaidon koostumukseen ja  
 28 sen takia esime- esimer'ks se kala on tärkeä syödä  
 29 viikottain ja .h[h käyttää (.) .h (.)  
 30 N [joo.

Maidon käyttöä ja sitä kautta myös kalsium- ja D-vitamiinivalmisteen käyttöä koskevan keskustelun terveydenhoitaja päättää sanomalla ”*et ne on iso ja tärkeä ryhmä noi maitovalmisteet*” (rivit 16-17) ja mainitsee lihan, kalan ja kananmunan olevan myös tärkeitä (rivit 18-19). Tämän jälkeen terveydenhoitaja kysyy kalan käytöstä. Sitä seuraavassa keskustelujaksossa terveydenhoitaja tarjoaa tietoa kalan käyttöön liittyvistä rajoituksista raskauden aikana, lihan kypsennyksestä ja maksatuotteiden käytöstä. Viimeisen ruokapyramidia käsittelevän puheenjakson terveydenhoitaja avaa sanomalla, että ”*no sit me ollaan aika huipulla jo*

tuolla” (rivi 20). Terveydenhoitaja kertoo, että rasvan laatuun ”kannattaa” kiinnittää huomiota niiden terveellisyyden vuoksi ja valitsemalla kasviöljyjä ja syömällä kalaa asiakas voi jo nyt vaikuttaa rintamaidon koostumukseen (rivit 25-29).

### 6.2.3 Ravitsemusohjausaineistojen vaikutus ohjaustilanteeseen

Oppaan ja kirjallisen ohjeen käytössä havaittavat erot ovat merkityksellisiä, sillä ne vaikuttavat ravitsemusohjauksen sisältöön ja vuorovaikutukseen. Taulukossa 18 on eritelty neuvola- ja asiakaskohtaisesti ravitsemusohjauksessa käytettyjä ohjausaineistoja. Neuvolassa 1 erityisohje annettiin vastaanottokerralla ja terveydenhoitaja myös kävi sitä läpi hyvin yksityiskohtaisesti. Ohjeen selostaminen tuotti terveydenhoitajan pitkiä yksipuolisia puheenvuoroja, mutta toisaalta antoi terveydenhoitajalle mahdollisuuden perustella annettuja ohjeita sekä mahdollisti kysymysten molemminpuolisen esittämisen.

**Taulukko 18.** Terveydenhoitajan ravitsemusohjauksessa hyödyntämät ohjausaineistot äitiysneuvolan ensikäynnillä.

Neuvola	Asiakas	Ravitsemus- keskustelun kesto (min)	Vastaanottokerralla käytetyt ravitsemusohjausaineistot
Neuvola 1	Asiakas 1	20:34	Ruokapyramidista viljatuotteet sekä kasvikset, marjat ja hedelmät Erityisohje
	Asiakas 2	10:39	Erityisohje Ruokaa kahdelle -oppaasta mainitaan lautasmalli, salaatti ja ateriat
	Asiakas 3	13:28	Ruokapyramidi kokonaisuudessaan Erityisohje
	Asiakas 4	8:43	Ruokaa kahdelle – oppaasta mainitaan lautasmalli, pahoinvointi, maitotuotteet, kalsiumin ja D-vitamiinin saanti Erityisohje
	Asiakas 5	4:07*	-
Neuvola 2	Asiakas 6	10:57	Ruokaa kahdelle – oppaasta lautasmalli ja raskaudenaikainen painonnousu D-vitamiiniesite
	Asiakas 7	11:20	Ruokaa kahdelle – oppaasta kasvien käyttö Poolihappovalmiste – esite (Foliren)
	Asiakas 8	8:55	Ruokaa kahdelle – oppaasta lautasmalli ja raskaudenaikainen painonnousu
	Asiakas 9	12:40	Ruokaa kahdelle – oppaasta lautasmalli, ruokaympyrä, kasvikset ja raskaudenaikainen painonnousu, kalsium ja D-vitamiini
	Asiakas 10	8:17	Ruokaa kahdelle – oppaasta säännöllinen syöminen ja annoskoko, raskaudenaikainen painonnousu ja lautasmalli

\* Video loppuu kesken ravitsemuskeskustelun, ei ole otettu huomioon analyysissä

Silloin, kun terveydenhoitaja käytti ohjauksen tukena ruokapyramidia, ohjauksessa käsiteltiin laajemmin ruokavalion laatua. On myös huomattavaa, että ravitsemusohjaustilanteet, joissa

käytiin läpi sekä erityisohjeet että ruokapyramidi, olivat kestoaltaan keskimääräistä pidempiä (Taulukko 18). Neuvolan 1 ravitsemuskeskusteluissa, joissa ruokapyramidia ei käytetty, ohjaus keskittyi pääasiassa raskauden aikaisiin erityisohjeisiin. Neuvolassa 1 Ruokaa kahdelle – oppaasta mainittiin joitakin asioita, mutta oppaan sisältöä ei käsitelty tarkemmin.

Neuvolassa 2 raskausajan ravitsemuksen erityisohjeita ei käyty yksityiskohtaisesti läpi. Eri-tyisohje oli lähetetty etukäteen kotiin ja terveydenhoitajat olettivat, että odottavat äidit olivat siihen itsenäisesti tutustuneet. Ruokaa kahdelle – opasta hyödynnettiin näissä tapauksissa enemmän. Lautasmalli, kasvien käyttö ja raskaudenaikainen painonnousu käsiteltiin usein tarkemmin oppaan avulla.

### 6.3 Ohjauksen vuorovaikutus ja sisältö

Terveystenhoitajan puheen pyrkimyksenä oli usein asiakkaan tiedon lisääminen. Asiakkaan aikaisempia tietoja tai tiedon tarvetta terveystenhoitajat kysyvät vain harvoin. Yleensä terveystenhoitaja esitti kysymyksen ja näin toi uuden aiheen keskusteluun. Asiakkaan vastauksen huomioiden terveystenhoitaja tarjosi tietoa esille ottamastaan aiheesta, mutta ei yleensä tarjonnut varsinainen ohjetta toimia esittämällään tavalla. Terveystenhoitajat esittivät hyvin harvoin selkeästi tekemiseen tai toimintaan kehottavia ohjeita. Terveystenhoitajien tapa käyttää asiakkaan omaa valinnanvapautta korostavaa puhe, kuten esimerkiksi ”*kannattaa*”, ”*on hyvä miettiä*”, ”*voi olla paikallaan*”, ”*et välttämättä*” ja ”*mitä mä nyt suosittelisin*”, oli ravitsemusohjauksessa hyvin yleistä.

Eniten suoria toimintaan kehottavia ohjeita terveystenhoitajat esittivät ravintolisien käytöstä. Myös raskauden aikaisesta painonlisäyksestä terveystenhoitajat tarjosivat melko usein konkreettisen ohjeen. Tarjoamansa tiedon tueksi terveystenhoitajat esittivät käyttäytymismuutokseen motivoivia perusteluja, mutta konkreettisia ja toimintaan tähtääviä ohjeita ateriarhythmin tai ruokavalion laadun parantamisen suhteen terveystenhoitajat eivät juuri tarjonneet tai niitä ei yhdessä asiakkaan kanssa mietitty. Perusteluna ohjeistukselleen terveystenhoitaja saattoi esittää, että perheen ravitsemustottumukset vaikuttaisivat vielä syntymättömän lapsen tottumuksiin tulevaisuudessa tai ruokavalion rasvan laadun merkityksellä rintamaidon koostumukseen. Ohjauksen säännöllisestä ateriarhythmista tai kasvisten käytöstä terveystenhoitajat liittivät melko usein raskaudenaikaisesta painonlisäystä koskevaan ohjaukseen. Usein kasvisten, hedelmien ja marjojen sekä maitotuotteiden käyttöä koskeva keskustelu liittyi eri ravintolisiä koskevaan ohjaukseen.

Asiakkaiden esittämät kysymykset olivat harvinaisia. Vain puolessa ( $n = 5$ ) tämän aineiston ravitsemuskeskusteluista asiakas esitti kysymyksen tai kysymyksiä terveystenhoitajalle. Myös asiakkaiden vastaukset terveystenhoitajan tarjoamiin ohjeisiin olivat lyhyitä, kuten ”*niin*”, ”*joo*” tai ”*aivan*”, jotka osoittivat ennen kaikkea asiakkaan kuunnelleen ja vastaanottaneen tietoa. Asiakkaat ilmaisivat erimielisyyttä ravitsemuskeskustelun aikana hyvin harvoin. Yhtä poikkeusta lukuun ottamatta asiakkaat hyväksyivät terveystenhoitajan tarjoamat ohjeet.

### 6.3.1 Asiakkaan aikaisemmat tiedot ja tiedon tarve

Kahden ravitsemuskeskustelun alkupuolella terveydenhoitaja tiedusteli asiakkaan aikaisempia tietoja raskauden aikaisesta ravitsemuksesta. Tällä tavalla hän sai tietoa asiakkaan tiedon tarpeesta, joka mahdollisti ohjauksen sovittamisen siihen. Esimerkissä 22 terveydenhoitajan kysymys koskee yleisesti asiakkaan tietoa ”*raskausajan ruokasuosituksista*”. Esimerkissä 22 asiakas on edellä kertonut lisänneensä maidon juontia raskauden takia. Riveillä 1 ja 3 terveyden kysyy asiakkaalta, onko hän etukäteen jostain lukenut ”*tietoo raskausajan ruokasuosituksista*”.

#### Esimerkki 22

```

1  H → mmh okei .hh joo onks sää lukenu (-) tietoo raskausajan
2  N   öö
3  H → ruokasuosituksista hh
4  N → kyllä mä oon niitä lukenu ja (.) jaja kattellu että
5  H   mmh
6  N → ett mitä kaikkee on mut (.) mä en tiä sit et mitkä kaikki
7      niistä on sit niitä oikeita (.) oikeita mitä pitäs
8      mä tiedän että maitoo ainakin pi[täs]
9  H →                                     [no ] se on ihan tärkeä
10 N   [pitäis juoda]
11 H → [se on hyvä pointti] heti alkuunsa .hh
12      → että jos nyt kokonaisuutta ajattelee niin semmonen perus
13      terveellinen ruokavalio se on kanssa raskausajan
14      ruokavalio (.)

```

Asiakas kertoo lukeneensa tietoa, mutta ilmaisee kuitenkin olevansa epävarma tiedon paikkansapitävyydestä (rivit 4 ja 6-7). Tällä tavalla hän antaa ymmärtää, että hänen muualta saamansa tieto ei välttämättä ole ”oikeaa”. Puheellaan asiakas vahvistaa terveydenhoitajan roolia asiantuntijana. Asiakas on edellä kertonut lisänneensä maidon juontia ja esittää varmana tietona sen, että ”että maitoo pitäs juoda” (rivi 8). Terveydenhoitaja pitää asiakkaan esittämää tietoa tärkeänä (rivi 9), mutta ei ryhdy seuraavassa puheenvuorossaan kuitenkaan käsittelemään tätä aihetta. Riviltä 12 alkaa terveydenhoitajan pitkä puhejakso ruokavalion kokonaisuuden merkityksestä.

Esimerkissä 23 kysymys asiakkaan aikaisemmista tiedoista on rajattu koskemaan asiakkaan tietoa raskauden aikaisen ravitsemuksen rajoituksista (rivi 7). Terveydenhoitaja kertoo ensin, että raskausajan ruokavaliossa ei ole mitään ”*hirveen ihmeellistä*” (rivit 3 ja 5), mutta rajoituksia on kuitenkin ”*jonkin verran*” (rivi 6). Terveydenhoitajan esittämän kysymyksen jälkeen asiakas kertoo lukeneensa ohjeet kaupungin Internet – sivuilta (rivit 8-9). Rivillä 11 terveydenhoitaja sanoo lyhyesti ”*joo*”, jolla hän tarjoaa asiakkaalle mahdollisuuden jatkaa kuvaustaan.

**Esimerkki 23**

1 H .hhh ääm- (.) jos nyt aattelee (.) raskausajan  
 2 ruokatottumuksia niin (.) siinä linja on semmonen  
 3 → perusterveellinen (0.2) [ruokavalio et ei siinä niin (.)4  
 4 N [mm.  
 5 H → hirveen (.) ihmeellistä oo  
 6 H → et jonkin verran rajoituksia on, (.)  
 7 H → [.mt erityisohjeita (.) onks ne miten tuttu[ja,  
 8 N → [aivan. [.hh no kyl mää  
 9 ihan lukasin tuolt kaupungin sivuilta,  
 10 (0.3)  
 11 H → joo.  
 12 (.)  
 13 N → ja (.) siin nyt oli semmost (.) vähän mitä tiesin ennenkin  
 14 [just  
 15 H [joo. (.)  
 16 N → tämmös:iä (0.5) .hh (.) vähän niinku hygienian takia mitä  
 17 → (.) mi[tä sit kannattaa välttää näitä tyhjiöpakattuja  
 18 H [mm:?,  
 19 → kaloja ja  
 20 (0.3)  
 21 H → kyll[ä,  
 22 N → [muuta tämmöst et se tietysti nyt kesän aikana iha  
 23 hyvä pitää  
 24 H → m[m::, ( ) ( ) on tulossa (.) juhannuks[en( ) kaikki nii  
 25 N → [.hh ni' m:ielessä hehef [nii,

Riviltä 13 alkaen asiakas kertoo lukemiensa ohjeiden olleen sellaisia, joista hänellä oli jo aikaisempaa tietoa. Asiakas kertoo oman näkemyksensä siitä, että ohjeet koskevat hygieniaan vuoksi vältettäviä elintarvikkeita (rivit 16-17) ja mainitsee esimerkkinä tyhjiöpakatut kalat (rivit 17 ja 19). Rivillä 21 terveydenhoitaja ilmaisee samanmielisyyttä ja asiakas lisää vielä naurahtaen, että nämä asiat on nyt kesän aikana ihan hyvä pitää mielessä (rivit 22-23 ja 25). Terveystenhoitaja myötäilee asiakkaan puhetta toteamalla, että juhannuskin on tulossa (rivi 24).

Kahden ravitsemuskeskustelun loppupuolella terveydenhoitaja tarjosi asiakkaalle mahdollisuuden kysyä ravitsemukseen liittyvistä asioista. Esimerkissä 24 terveydenhoitaja päättää ohjauksen kysymällä, että tuleeko asiakkaalla ”näistä asioista” vielä jotain mieleen (rivi 2).



**Esimerkki 24**

1 (2.0)  
 2 H → .hh tuleeks sulla näistä asioista jotain mieleen.  
 3 (1.1)  
 4 N → .mt (0.8) no ei täs nyt ehkä (0.9) enempää.  
 5 (1.5)  
 6 N → siinä tuliki ihan hyvin, (1.2) hyvin esiin,  
 7 (1.2)  
 8 H → .hhh (0.8) sää saat tosiaa tän (.) ravitsemuksesta nää  
 9 erityishuomiot (.) ja sitten saat tämmösen ihan kivan  
 10 (1.4)  
 11 kivan kirjasen aikamoisenkin nipun kirjoja mutta tässä on  
 12 myös (.) .hh ravitsemuksesta sitten (.)  
 13 N joo.  
 14 (0.5)  
 15 H odotus ja imetys (0.9) aikana.  
 16 → (7.9)  
 17 H → no sitten oli kysely alkoholin ja (0.6) muidenki  
 18 päihteiden (0.4) .hh käytöstä?

Asiakas ei esitä kysymystä (rivi 4 ja 6) vaan esittää arvionsa ravitsemuskeskustelun sisällöstä ja riittävyydestä. Seuraavaksi terveydenhoitaja antaa asiakkaalle raskauden aikaisia erityis-suosituksia koskevan ohjeen sekä Ruokaa kahdelle – oppaan (rivit 8-11), joka samalla päättää ravitsemuskeskustelun. Ravitsemuskeskustelun päätyttyä keskusteluun tulee tauko (rivi 16), jonka jälkeen terveydenhoitaja avaa alkoholia koskevan keskustelun mainitsemalla kyselyn ”alkoholin ja muidenki päihteiden käytöstä”.

**6.3.2 Ravitsemustottumuksia käsittelevä ohjaus**

Terveydenhoitajan tarjoamat tekemiseen tai toimintaan kehottavat ohjeet ateriarhythmin tai ruokavalion ravitsemuksellisen laadun suhteen olivat harvinaisia. Tarjoamansa tiedon tueksi terveydenhoitajat kuitenkin esittivät käyttäytymismuutokseen motivoivia perusteluja. Kolmella vastaanottokerralla terveydenhoitaja perusteli ohjaustaan terveyttä edistävästä ravitsemustottumuksista sillä, että perheen tottumukset siirtyvät lapselle siinä vaiheessa, kun lapsi ryhtyy syömään samaa ruokaa kuin muu perhe. Terveydenhoitaja kuvasi tätä esimerkiksi sanomalla ”*tavallaan aattelee että ne teiän tottakai se et mitä teillä mitä siel kotona on ruokapöydässä nii se on se mikä lapselle niinku perusmalliks totta kai omiin tapoihinki ruokapöydässä nii se on se mikä lapselle niinku sitte iskostuu päähän ni se on ihan hyvä et on on sitte sillai terveelliseen suuntaan ainh*”. Yhden ravitsemuskeskustelun aikana terveydenhoitaja puhui aiheesta hyvin pitkän puheenjakson. Asiakkaana olevan pariskunnasta mies ei ollut ravitsemusohjauksen suhteen kovin vastaanottavainen ja ruokavaliomuutoksille olisi mahdollisesti perheessä ollut tarvetta.

Kahden ravitsemuskeskustelun aikana terveydenhoitaja mainitsi kasvi- ja kalaöljyjen vaikutuksista äidinmaidon rasvahappojen koostumukseen. Kalan rasvahappojen terveellisyydestä mainittiin myös kahden muun ravitsemuskeskustelun aikana. Kasvisruokavaliota noudattava äiti kertoi syövänsä myös kalaa, mutta *”aika harvoin”* ja hänelle terveydenhoitaja suositteli kalan käytön lisäämistä riittävän proteiinin saannin turvaamiseksi. Kala-allergista asiakasta kalan käyttämättömyys askarrutti ja häntä terveydenhoitaja rauhoitteli sanomalla, että *”sitten voi syödä öljyä ja deevitamiinia ettei eihän se nyt maailma siihen jos ei sitä saa syödä”*.

Ohjaus kasvisten käytöstä oli hajanaista ja rajoittui yleensä vaan mainintaan siitä, kuinka kasviksia olisi suositeltavaa käyttää. Kahdessa ravitsemuskeskustelussa terveydenhoitaja kuitenkin selkeästi ohjasi lisäämään kasviksia sanomalla esimerkiksi, että *”no se on ehkä sitten se mikä mikä vois olla se painopisteen muuttaminen vähän sinne päin että että niitä tulis runsaammin”*. Viidessä ravitsemuskeskustelussa kasvisten käyttö nostettiin esille Ruokaa kahdelle oppaan – avulla ja kolmessa näistä se liittyi lautasmallia koskevaan ohjaukseen. Vitamiinien riittävästä saannista tai vitamiinivalmisteiden käytöstä keskusteleminen liittyivät usein keskusteluun kasvisten käytöstä. Kahden kasvisten käyttöä koskevan ohjauksen yhteydessä terveydenhoitaja mainitsi myös kasvisten käytön helpottavan raskauden aikaista painonhallintaa. Kolmen ravitsemuskeskustelun yhteydessä terveydenhoitaja mainitsi, että kasviksia, marjoja ja hedelmiä saa syödä *”lähes rajoittamatta”*, *”niin paljon kun vaan mieli tekee”* tai *”aika huolettomasti”*. Kahdessa näistä terveydenhoitaja tarkensi vielä tarjoamaansa ohjetta niin, että *”joka päivä olisi hyvä syödä 1-3 hedelmä- tai marja-annosta ja vihanneksia niinku sanoit ja kasviksia ku sanoit et teillä käytetään niin se on hyvä asia”* tai *”joka ruoallakin niin olis hyvä olla”*.

### 6.3.3 Raskauden aikaista painolisäystä käsittelevä ohjaus

Seitsemän ravitsemusohjaustilanteen aikana terveydenhoitajat tarjosivat ohjeita syömisen säännöllisyydestä. Kaikissa näissä päähuomio kiinnittyi raskaudenaikaisen pahoinvoinnin estämiseen säännöllisen syömisen avulla. Usein terveydenhoitaja kuitenkin ohjasi kiinnittämään huomiota annoskokoon, kun pahoinvoinnin ehkäisemiseksi ruokaa syötiin normaalia useammin. Viidessä ravitsemusohjauksessa terveydenhoitaja esitti asiakkaalle kilomääräisen painonnousuohjeen. Yhdessä ravitsemuskeskustelussa terveydenhoitaja sanoi painonnoususta, että *”sääki oot ihan normaalipainoinen niin sitä ei tarvi mitenkään sillain erityisesti tarkkailla ku syö terveellisesti”*, eikä esitä suositeltavia kilomääriä. Yhdessä ravitsemuskeskustelussa terveydenhoitaja taas mainitsee vain, että *”kahden edestä ei saa syödä”* ja mainitsee, että pie-

nistä naposteluista tulee ”*turhaa energiaa*” ja mieluummin tulisi syödä ”*semmosta reilua ruokaa*”. Kolmen ravitsemuskeskustelun aikana painonnoususta ei keskusteltu lainkaan. Terveydenhoitaja oli kaikilla näillä vastaanotoilla sama.

Esimerkissä 25 ravitsemuskeskustelun alussa terveydenhoitaja ja asiakas ovat jo keskustelleet säännöllisen syömisen vaikutuksesta pahoinvointiin, jota asiakkaalla on ollut raskauden aikana. Silloin terveydenhoitaja on jo maininnut, että ”*kun on tällöinen olo että pitäis koko ajan syödä niitä annoskokoja vähä kattoo*”. Ravitsemuskeskustelun lopulla terveydenhoitaja vielä muistuttaa monipuolisesta syömisestä ja sopivista annoskoosta (rivit 1-2 ja 4-5). Tämän jälkeen terveydenhoitaja kertoo sikiön energiantarpeesta, että ”*se sun vauva ei tällä hetkellä niin ei energiaa tarvi edes maitolasillista päivässä*” (rivit 7-8). Rivillä 10 terveydenhoitaja viittaa Ruokaa kahdelle – oppaaseen ja mainitsee, että ruoan kokonaismäärän kuitenkin tarvitse ”*hirveesti nousta*” (rivi 11).

### Esimerkki 25

- 1 H → [he he heh] idea on se et sä niinku raskauden  
 2 aikana niinku syöt monipuolisesti .hh  
 3 N mmh  
 4 H → ja sitten toisaalta se että kun säännöllinen syöminen niin  
 5 voi olla että annoskokoja vähä jou[tuu] katsomaan  
 6 N [mmh]  
 7 H → .hh et se sun vauva ei tällä hetkellä niin ei energiaa  
 8 tarvi edes maitolasillista päivässä elikä .hh  
 9 N näin  
 10 H → tässä kun on ruokaa kahdelle niin sinänsä se  
 11 → kokonaisannosmäärän ei tarvi niin hirveesti nousta [mutta]  
 12 N [mmh]  
 13 H että se jakautus tasasemmin .hh pitkin pitkin päivää .hh  
 14 täällä puhutaan siitä painonnousustakin niin reilu  
 15 → kymmenen kiloo olis niinku joku kolmetoista kiloo suurin  
 16 piirtein niin ni to- kokonaispainonnousuna semmo[sta] .hh  
 17 N [mmh]  
 18 H → tavallista ja ja totaa tavallaan jos lähetään tämmösestä  
 19 hoikasta tilanteesta niin voi monesti tulee (--)  
 20 ja se [läh]tee  
 21 N [mmh]

Riveillä 15-16 terveydenhoitaja kertoo, että suositeltava painonnousu olisi noin 10 – 13 kiloa. Tällainen painonnousu olisi terveydenhoitajan mukaan ”*tavallista*” (rivi 18). Tämän jälkeen terveydenhoitaja esittää oman arvionsa asiakkaan painosta ilmaisemalla, että ”*jos lähetään tämmösestä hoikasta tilanteesta*” (rivit 18-19).

Esimerkin 26 painonlisäystä käsittelevässä keskustelujaksossa asiakas kyseenalaistaa terveydenhoitajan esittämän raskauden aikaisen painonlisäyksen määrän esittämällä oman arvionsa

siitä. Esimerkissä 26 terveydenhoitaja on edellä kertonut raskaudenaikaisesta painonlisäyksestä ja todennut, että ”*et säki oo tommonen tosi hipponen niin ei sinänsä niinkun oo mitään hätää vaikka tulis lähemmäs parikytä kilooki raskauden aikana niinku painoo*” ja sanoo, ettei syömisen tulisi raskausaikana olla mitenkään ylikontrolloitua (rivi 2). Terveydenhoitajan arvio painonlisäyksen tarpeesta on hieman yliarvioitu, sillä asiakas oli painoindeksinsä ( $\text{kg/m}^2$ ) mukaan normaalipainoinen ja täten suositeltava painonlisäys raskauden aikana olisi 11,6 – 16 kiloa (Hasunen ym. 2004, Aikuisten lihavuus: Käypä hoito -suositus 2011).

### Esimerkki 26

```

1  M → ((M hymyilee; ei kuitenkaan naura kuuluvasti))
2  H → niinku mitenkään ylikontrolloi[tuakaan.f (.) Mutta että
3  N                                     [M
4  H      niinkun ottaa ne (0.4) ravintoaineet sit niinku tälläsistä
5          (0.2) järkevistä,
6          (0.8)
7  N → Mä kuvittelin et joku yheksän kiloo ehkä olis,
8  H → Sanotaan että (.) niinkun se on semmonen normaali (.) mikä
9          tulee automaattisesti siitä (.) niinku kohdun: kasvusta ja
10         vauvasta ja (0.6) verimäärän lisääntymisestä ja istukan
11         painosta ja (0.2) .h kaikesta niinku tälläsestä.
12         (.)
13 H → Mut sitte (0.4) tavallaan se et [paljoko äiti tarvii niitä
14 M →                                     [fhh hh hhf
15 H → rasvavarastoja sinne imettämiseen ni kyllä niitäki vähä
16         saa tulla (0.2) tavallaan.
17         (1.0)

```

Rivillä 7 asiakas kertoo kuvitelleensa, että paino lisääntyisi ”*joku yheksän kiloo ehkä*”. Puheenvuoro ei kieliopillisesti ole kysymys, mutta asiakas kuitenkin hakee sillä vastausta ristiriitaan oman tietonsa ja terveydenhoitajan tarjoaman ohjeen välillä. Terveydenhoitaja selittää mistä tämä yhdeksän kilon painonlisäys kertyy (rivit 8-11). Tämän jälkeen terveydenhoitaja jatkaa tarjoamansa ohjeen perustelua ja kertoo rasvavarastojen tarpeellisuudesta imetyksen aikana (rivit 13, 15-16). Terveydenhoitajan puheenvuoron jälkeen asiakas pysyy hiljaa, eikä keskustelu painonlisäyksestä enää jatku (rivi 17). Asiakkaan huoli raskauden aikaisesta painonlisäyksestä huvittaa jostakin syystä asiakkaan puolisoa, sillä mies hymyilee ja naureskelee painonlisäyskeskustelun aikana (rivit 1 ja 14).

Yksi asiakkaista oli painoindeksinsä ( $\text{kg/m}^2$ ) perustella merkittävästi lihava (Aikuisten lihavuus: Käypä hoito -suositus 2011). Terveydenhoitaja käytti ravitsemuksesta keskustelemiseen hänen kanssaan keskimääräistä runsaammin aikaa (Taulukko 13). Lihavan asiakkaan kanssa terveydenhoitaja painotti useampaan kertaan terveystta edistävää ruokavaliota, mutta toisaalta myös sallivuutta herkkujen suhteen. Esimerkki 27 kuvaa asiakkaan kanssa käytyä painon-

lisäyskeskustelua. Riviltä 1 lähtien terveydenhoitaja kertoo, ettei kahden edestä tarvitse syödä ja keskimäärin paino raskauden aikana nousee 12 – 15 kiloa. Riviltä 5 lähtien terveydenhoitaja mainitsee ikään kuin yleisellä tasolla, että ”*silloin kun on ylipainoo*” niin siitä seuraa, että ”*on ehkä suositeltavaa että se jäis pikkusen sen alle*” (rivit 5-7). Terveydenhoitaja kuitenkin ensimmäisen lauseen jälkeen lisää, ikään kuin sivuhuomautuksena, että tätä hänen edellä mainitsemaansa ylipainoa asiakkaalla ”*pikkusen*” on (rivit 5-6) ja tämän vuoksi ”*vois olla tavoteltavaa*”, että painonlisäys jäisi keskimääräistä hieman vähäisemmäksi (rivit 6-7). Terveydenhoitaja käyttää hienovaraisia ilmaisuja asiakkaan painosta ja raskauden aikaisesta painonlisäyksestä puhuessaan.

### Esimerkki 27

- 1 H → .hh ja kahen edestä ei tosiaan tarvi syödä että paino  
 2 nousee ja energian tarve nousee raskausaikana että  
 3 keskimääräinen painonnousu esimerkiksi on semmonen noin  
 4 kakstoista kiloo kakstoista viiva viistoista kiloo  
 5 H → .hh silloin kun on ylipainoo niinku sullakin pikkusen sitä  
 6 → on niin on ehkä suositeltavaa että se jäis pikkusen sen  
 7 → alle että se vois olla tavoteltavaa .hh usein tässä  
 8 vaiheessa onkin sellanen mm motivaatio sitte naisilla  
 9 → lähtee vähän miettimään sitä omaa ruokavalioo et et mikä  
 10 nyt on järkevää mitä mun pitäis tehdä (.) .hh nyt niinku  
 11 vauvankin parhaaks ja omaks parhaakses esimerkiksi että sen  
 12 raskauden jaksaa ja voi hyvin niin silloin tulee aika  
 13 luonnostaankin muutettua sen verran niitä  
 14 ruokailutottumuksia että että saattaa jopa laihtua (.)  
 15 ja se ei haittaa mitään jos paino hiukan laskee jos se  
 16 johtuu tämmösistä tekijöistä että me tiedetään että  
 17 se hh. [että se ruokavaliomuutokset]  
 18 N → [ (no nyt on ehkä) ] ehkä ite tullukki  
 19 sillain et syö just jotain hedelmiä enemmän tai että  
 20 sillai et ne ei vaa oo niinku itelle  
 21 H joo  
 22 N → itelle että ne on myös jolle[kkin] muulle  
 23 H [aiivan]  
 24 N → [niinku] hyväks et sen takia  
 25 H [joo] .joo  
 26 N → just yrittäny juoda jotain maitoo ja semmosta  
 27 H joo  
 28 N → vähän terveellisempää mitä ei ite normaalisti  
 29 [en en jois kyllä] maitoo  
 30 H [mmh aiivan] joo

Seuraavan puheenjakson terveydenhoitaja aloittaa kertomalla, että usein raskauden alkuvaiheessa naisilla on tapana toimia tietyllä tavalla (rivit 7-9). Tällä tavalla hän ei suoraan sano, että asiakkaan olisi tarvetta miettiä tai muuttaa ravitsemustottumuksiaan. Terveydenhoitaja esittää myös, että kun naiset sitten miettivät vauvan ja itsensä parasta, niin muutos tulee luonnostaan ja silloin saattaa jopa laihtua (rivit 10-13). Ruokavalion muutoksista johtuvasta,

pienestä painonlaskusta ei terveydenhoitajan mukaan ole haittaa (rivit 9-14). Terveydenhoitajan puheenjakson jälkeen asiakas esittää, että hän on kyllä ottanut asian huomioon ja syntyvän vauvan terveydestä kaikin tavoin huolehtivana äitinä on jo muuttaa ruokavaliotaan tavanomaista terveellisemmäksi ja lisännyt hedelmien syömistä sekä maidon käyttöä (rivit 18-19, 26). Terveellisempään ruokavalioon hän on pyrkinyt, koska on ajatellut syövänsä nyt myös vauvaa, ei vain itseään varten (rivit 20, 22, 24). Asiakkaan kertoessa tekemistään muutoksista terveydenhoitaja ilmaisee kuuntelevansa, muttei kommentoi asiakkaan muutoksia. Seuraavassa puheenvuorossaan terveydenhoitaja ryhtyy kertomaan korkean verensokerin vaikutuksista sikiöön sekä synnytykseen ja synnytyksen jälkeiseen aikaan. Muille asiakkaille terveydenhoitajat eivät tarjonneet tällaista tietoa.

### 6.3.4 Ravintolisien käyttöä käsittelevä ohjaus

Ravintolisien käytöstä keskusteltiin kaikilla vastaanottokäynneillä ja niiden käytöstä terveydenhoitajat esittivät eniten suoria toimintaan kehottavia ohjeita. Esimerkissä 28 terveydenhoitaja puhuu kasvisten, marjojen ja hedelmien monipuolisesta käytöstä ja niiden vitamiinipitoisuudesta (rivit 1-5). Terveydenhoitaja mainitsee, ettei mitään erityisiä vitamiinilisiä tarvita (rivit 5-6). Tähän terveydenhoitaja kuitenkin lisää, että ”*oikeestaan yhtä kyllä tarvitsee*” ja lisää tarkoittavansa tällä D-vitamiinia (rivit 6-8). Terveydenhoitaja ei puheessaan käytä yksikön 2.persoonaa, vaan puhuu yleisesti, että ”*ei tarvita*” ja ”*tarvitsee*”. Tällaisen passiivisen muodon käyttö on hyvin yleistä silloin, kun terveydenhoitaja tarjoaa sellaista tietoa, joka koskettaa yleisesti kaikkia raskaana olevia naisia.

## Esimerkki 28

- 1 H → (kyllä) että niistä myös kertyy sit paljon vitamiineja (.)  
 2 enemmän kuin noista muista ruokaryhmistä että sen takia  
 3 myös ne myös on niin tärkeitä kun monipuolisesti syö niin  
 4 silloin katetaan kaikki (.) kaikki tota tarvittavat  
 5 → vitamiinit et silloin ei mitään erityisiä vitamiinilisiä  
 6 H → tarvita .hh oikeestaan yhtä kyllä tarvitsee oli se  
 7 ruokavalio kuinka monipuolinen tahansa ja se on dee  
 8 vitamiini  
 9 N → mmh no siitä mä jostain luinkin  
 10 H → joo ni se on nyt ehkä semmonen mitä sitten sun kannalta  
 11 (.) on hyvä nyt miettiä myös myös mahdollisesti semmosta  
 12 → valmistetta missä on se kalkki mukana .hh että se on ihan  
 13 hyvä jos sä (.) oot lisänny tota maitojuoman käyttöä ihan  
 14 semmosenaan mutta sitä melkein pitäis semmonen .hh  
 15 → vähintään kuus desiä saada maitotuotteita päivässä ja jos  
 16 se ei tuu täyteen [niin silloin melkein kannattaa se]  
 17 N → [(no se ei missään tapauksessa tuu)]  
 18 H → kalkkivalmiste siihen ostaa  
 19 H → .hh ja yleensä kalkkeissa on mukana se dee että nyt  
 20 ainakin jos meet apteekkiin ja valkkaat sieltä niin ota  
 21 semmonen missä on kalkki plus dee .hh koska se dee  
 22 vitamiini on nyt sitä varten että se kalkki imeytyy  
 23 N → [(mmh)]

Rivillä 9 asiakas ilmaisee, että on tietoinen D-vitamiinin tärkeydestä. Riveillä 10-12 terveydenhoitaja kertoo, että asiakkaan kannalta olisi ”*ehkä*” hyvä miettiä sellaisen yhdistelmävalmisteen hankkimista, joka sisältäisi D-vitamiinin lisäksi myös kalsiumia. Asiakas on edellä kertonut, että on yrittänyt raskauden aikana lisätä maidon juomista, johon terveydenhoitaja viittaa sanomalla ”*se on ihan hyvä jos sä oot lisänny tota maitojuoman käyttöä ihan semmosenaan*” (rivit 12-14). Terveydenhoitaja kuitenkin mainitsee, että asiakkaan tulisi käyttää vähintään kuusi desiä maitotuotteita, että hän saisi riittävästi kalsiumia ja, jos määrä jää alle sen, niin ”*kannattaa se kalkkivalmiste siihen ottaa*” (rivit 15-16 ja 18). Terveydenhoitaja esittää kalsiumvalmisteen käytön asiakkaalle kannattavana, ei pakollisena toimintana. Rivillä 17 asiakas toteaa terveydenhoitajan puheen lomaan, ettei tämän ilmoittama 6 desilitraa maitovalmisteita ”*ei missään tapauksessa tuu*” käytettyä. Terveydenhoitaja kertoo, että kalsiumvalmisteissa on yleensä mukana D-vitamiini ja ohjaa asiakasta apteekissa valitsemaan ”*kalkki plus dee*” – valmisteen (rivit 19-22). Rivillä 23 asiakas ilmaisee minimipalautteella kuuntelevansa suosituksen, mutta ei vastaa muulla tavoin terveydenhoitajan tarjoamaan ohjeeseen.

Kun terveydenhoitaja esitti toimintaan kehottavan ohjeen, hän yleensä muotoili sen niin, että kyseisellä tavalla olisi kannattavaa tai suositeltavaa toimia. Joskus terveydenhoitajat saattoivat kuitenkin poiketa tästä suostuttelevasta tavasta. Esimerkissä 29 terveydenhoitaja toteaa hyvin

ehdottomasti asiakkaalle, että ”*elikä sää tarviit deevitamiinilisää nytte*” (rivi 3). Asiakas vastaa sanomalla ”*aha*” (rivi 5), joka ilmaisee hänen käsittelevän edeltävän vuoron informaatiota uutena tietona. Tämän jälkeen terveydenhoitaja selittää, että monivitamiinivalmisteet sisältävät D-vitamiinia ja ehdottaa, että asiakas kävisi apteekista hakemassa raskaana oleville tarkoitetun monivitamiinivalmisteen (rivit 7-12). Tämän jälkeen terveydenhoitaja vielä selittää, että näistä valmisteista on A-vitamiini poistettu ja ne ovat juuri tarkoitettu käytettäväksi raskauden aikana (rivit 13 ja 16). Asiakas vastaa vain hyvin lyhyesti sanomalla väliin ”*mm*” ja ”*joo*” (rivit 14 ja 17). Vastaukset eivät eksplisiittisesti vahvista sitä, että hän aikoo toimia ohjeen mukaisella tavalla.

### Esimerkki 29

1 H .hh ja täytyy ny muistaa että dee (.) deevitamiiniähän  
 2 on lisätty maitoon mutta raskauden aikaan se ei riitä,  
 3 → (.) elikä sää tarviit deevitamiinilisää nytte.  
 4 (0.2)  
 5 N → aha,  
 6 (0.3)  
 7 H → .hh eli (0.4) eli (0.9) onko se sitten niin että (0.5)  
 8 deevitamiiniä on näissä monivitamiinitableteissa,  
 9 (.)  
 10 H .hh et käytkö apteekista hakemassa semmosen (.)  
 11 monivitamiinitabletin joka sopii raskaana oleville?, (.)  
 12 naisille,(.)  
 13 H → sie[lt o aavitamiini otettu pois niistä tableteista.  
 14 N → [mm?  
 15 (0.5)  
 16 H → .h[h niin niit o ihan semmoseen tarkotukseen  
 17 N → [joo.  
 18 (.)  
 19 H → .hh (0.5) j:ee montako lasii maitoo sää juot päivässä,  
 20 (0.)  
 21 N → öö- (.)mt no se vaihtelee nytte (.) varmaa joku (.) yhen  
 22 aamusin (.) t[ai jotain.  
 23 H [nii, (.) nii justiisa,  
 24 (.)  
 25 H → .hh niin tota: (0.3) ä (0.4) sä voit kato lisätä vähä  
 26 sitä maidon juontia.  
 27 → (.)  
 28 H → ni sä saat siitäki osan deevitamiinista.  
 29 (0.3)  
 30 N joo,

Rivillä 19 terveydenhoitaja kysyy asiakkaan maidon käytöstä. Asiakas kertoo juovansa maitoa vaihtelevasti, ehkä noin yhden lasin päivässä (rivit 21-22). Tähän terveydenhoitaja toteaa, että ”*sä voit kato lisätä vähä sitä maidon juontia*” (rivit 25-26). Terveydenhoitajan ohjeessa on käskevä sävy. Hän ei ohjeessaan käytä konditionaalista muotoa ”*voisit*” tai ”*kannattaisi*” eikä myöskään pyri selvittämään asiakkaan halukkuutta muutoksen tekemiseen. Asiakas ei



vastaa terveydenhoitajan ohjeeseen (rivi 27). Terveystenhoitaja jatkaa perustelemalla ohjettaan sillä, että asiakas saisi osan D-vitamiinistakin maidosta (rivi 28), jonka jälkeen asiakas vastaa lyhyesti sanomalla ”joo” (rivi 30).

D-vitamiinin ja kalsiumin lisäksi terveydenhoitajat tarjosivat ohjeita monivitamiinivalmisteiden, foolihapon, B-ryhmän vitamiinien sekä rautavalmisteiden käytöstä. Terveystenhoitajat eivät yleensä, yhtä poikkeusta lukuun ottamatta, suositelleet monivitamiinivalmisteiden käyttöä. He eivät kuitenkaan esittäneet niiden käyttöä ongelmallisena, jos valmiste ei sisältänyt A-vitamiinia. Terveystenhoitaja saattoi esimerkiksi sanoa, että ”*toiset haluavat käyttää jotain monivitamiinivalmistetta se on ihan valintakysymys mut periaatteessa ei tarvi*”. Tällä tavoin valinta monivitamiinivalmisteiden käytöstä jätettiin usein asiakkaalle. Myös foolihapon käytöstä keskusteltiin ja sen osalta terveydenhoitaja saattoi esimerkiksi sanoa, että ”*jos tota kasvisten käyttö tuntuu että on kovin niukkaa niin silloin kannattaa ottaa foolihappoo ihan elikä tabletti päivässä*”. Myös foolihapon kohdalla terveydenhoitaja jätti päätöksenteon asiakkaan oman harkinnan varaan. B-ryhmän vitamiineista mainittiin 5 ravitsemuskeskustelussa. Terveystenhoitaja mainitsee kasvisruokavaliota noudattavalla asiakkaalle, että ”*joskus kasvisyöjät kyllä tarvii beevitamiininki et se voi olla hyvä lisä siinä sitten*”. Kyseinen terveydenhoitaja mainitsi kummankin ravitsemusohjauksensa yhteydessä (n = 2) B-vitamiinin mahdollisista vaikutuksista raskauspahoinvointiin.

Yksi terveydenhoitaja mainitsi foolihapon ja B-vitamiinit jokaisen ravitsemusohjauksensa yhteydessä (n = 3). Esimerkissä 30 riviltä 1 lähtien terveydenhoitaja kertoo, että B-vitamiini ja foolihappo olisivat sellaisia, joiden saantiin tulisi kiinnittää huomiota. Terveystenhoitaja puhuu riittävästä saannista määrittelemättä sitä sen tarkempaa (rivi 3). Riviltä 5 lähtien terveydenhoitaja perustelee, miksi niiden saanti olisi tärkeää raskauden aikana.

**Esimerkki 30**

- 1 H → Sitten (5.2) (Et sit ku) toi B-vitamiini ja foolihappo nyt  
 2 on sellaset mitä niinku (2.0) kannattaa vielä raskauden  
 3 → aikana (.) pitää mielessä et niitä saisi riittävästi?,  
 4 (2.2)  
 5 H → Ne on semmosia (.) niinku sikiön (.) neurologisen  
 6 kehityksen kannalta tärkeitä että sen keskushermosto  
 7 sitten sulkeutuu (0.4) häiriöittä ja (.) koko raskauden  
 8 ajan tukee sitä neurologista kehitystä.  
 9 (1.2)  
 10 N → Mistä niit saa?  
 11 H → B-vitamiinia tulee luonnostaan oikeestaan viljatuotteista  
 12 ja jonkin verran lihasta,  
 13 (0.4)  
 14 N Joo,  
 15 H → Mut sitte foolihappoo monet odottajat syö ihan vitamiini  
 16 (0.2) valmisteena,  
 17 (3.4)  
 18 N → Kasvik[sissa on kuitenkin  
 19 H → [Niin foolihappoo on paljon kasviksissa. Joo  
 20 vihreissä vihanneksissa etenkin (.)  
 21 H Kyllä,  
 22 (1.0)  
 23 H → Ja ainahan (.) kaikista paras niinku raskauden aikana on  
 24 se että (0.2) kaikki mahdolliset tulis niinku  
 25 mahdollisimman paljon sieltä ruuasta,  
 26 (0.4)  
 27 H Sillon ne imeytyy ja on turvallisia.

Rivillä 10 asiakas kysyy, että mistä terveydenhoitajan mainitsemia vitamiineja saa. Terveydenhoitaja kertoo, että ”*B-vitamiinia tulee luonnostaan oikeestaan viljatuotteista ja jonkin verran lihasta*” (rivit 11-12). Terveydenhoitaja mainitsee monien odottajien syövän foolihappoa vitamiinivalmisteena (rivit 15-16). Rivillä 18 asiakas esittää oman tietonsa siitä, että kasvikset kuitenkin sisältävät foolihappoa terveydenhoitajalla vahvistettavaksi. Terveydenhoitaja vahvistaa asiakkaan tiedon ja lisää vielä, että sitä on etenkin vihreissä vihanneksissa (rivit 19-20). Lopuksi terveydenhoitaja vielä mainitsee, että parasta olisi, että kaikki tarvittavat vitamiinit tulisivat ruuasta. Tässä ja samoin kuin kahdessa saman terveydenhoitajan foolihappoa ja B-ryhmän vitamiineja koskevassa ohjauksessa jää epäselväksi, suosittelee terveydenhoitaja kyseisten vitamiinien syömistä ravintolisävalmisteina vai ei.

Rautavalmisteista puhuttiin kolmen ravitsemuskeskustelun yhteydessä. Kahdessa tapauksessa terveydenhoitaja mainitsi, että rautavalmistetta voidaan käyttää myöhemmin, jos sille ilmenee tarvetta. Yhdellä asiakkaalla hemoglobiini oli matala ja häntä terveydenhoitaja ohjeisti, että ”*nyt alkuun ni kannattaa syödä paljon niinku rautapitosia ruokia*” määrittelemättä rautapitoisia ruokia sen tarkemmin. Rautavalmisteen käytöstä terveydenhoitaja kertoi, että sitä mietitään 14.raskausviikon kohdalla.

### 6.3.5 Asiakas kysymysten esittäjänä

Asiakkaiden esittämät kysymykset olivat harvinaisia. Vain puolessa ( $n = 5$ ) tämän aineiston ravitsemuskeskusteluista asiakas esitti kysymyksen tai kysymyksiä terveydenhoitajalle. Yleisimmin asiakkaiden kysymykset liittyivät vitamiineihin (D-vitamiini, B-vitamiinit), kivennäisaineisiin (kalsium, rauta) tai muihin ravintolisiin (maitohappobakteerit, foolihappo- ja monivitamiinivalmiste, siedätyshoitona käytetty siitepöly). Esimerkissä 31 terveydenhoitaja ravitsemuskeskustelun lopussa aikaisemman keskustelun pohjalta suosittelee asiakkaalle ravintolisää, joka sisältää kalsiumia ja D-vitamiinia (rivit 1-2).

#### Esimerkki 31

```

1  H → mutta että ehkä nyt sitte se (.) sitä kalkki plus dee
2      vitamiinia niin sitä (jos haluat)
3  N → onks sitä jotain semmosta tiettyä mitä suositellaan joku
4      tietty merkki
5  H → ei
6  N   mikä on
7  H → ei niit [on      aika] paljon
8  N      [et niitä on]
9  H      et nyt saat ite valita ja kattoo vähän hintaa ja .hh sitä
10      miten sä haluat haluat sä nieltävän tabletin vai
11      pureskeltavan tabletin

```

Riveillä 3-4 asiakas esittää kysymyksen terveydenhoitajalle koskien ravintolisävalmisteen merkkiä. Kuten tässäkin esimerkissä, asiakas yleensä esitti kysymyksen silloin, kun terveydenhoitaja oli ensin ottanut kysymystä koskevan aiheen esille. Terveydenhoitaja ei lähde suosittelemaan mitään tiettyä merkkiä (rivi 5) ja toteaa valikoiman olevan laaja (rivi 7).

Esimerkissä 32 asiakas poikkeuksellisesti aloittaa uuden puhejakson tuomalla esiin huolensa riittävästä maidon käytöstä (riviltä 1). Maidosta ei ole keskusteltu edellä. Riviltä 2 asiakas selittää, että on ”*naisena*” yrittänyt maidon juontia lisätä. Hän ilmaisee tietävänsä, että vähäinen maidon juonti ja tätä kautta kalsiumin saanti on yhteydessä naisten luustoterveyteen ja tällä tavoin antaa itsestään terveystietoista kuvaa. Vähäistä maidon juontia hän perustelee sillä, ettei puolison vatsa sitä siedä (rivit 5,7,9).

## Esimerkki 32

1 N → mites toi maidon (.) käyttö, (.)  
 2 N → .hh (.) mää oon (.) sitä koit(h)tanu muutenkihh nyt (.)  
 3 H mm:,  
 4 N (nytte) n- (.) naisena vähän (.) .hhh lisätä mut ei sitä  
 5 → tu kyllä hir:veesti i- j: [juotua varsinki ku mm: mies ei  
 6 H [joo.  
 7 N → käytä ku se hänel o vähän (.) ei vatsa niin  
 8 H mm[:  
 9 N → [.hh fsiedä n(h)ii(h)n tot(h)a (.) .hh [pitäiskö (.)  
 10 H [no-  
 11 N oikeen tietosesti vähän,  
 12 H → eöö j- (.) m- kalkkia (0.2) pitää (.) saada.  
 13 N mm[:  
 14 H → [.hh (.) ja: m- (.) jos nyt (.) sä oot laittanu tähän  
 15 että juot nolla viiva yks lasia (.) maitoo?, (.)  
 16 H [.hhh (.) ää mites onks siinä jugurtit, (.) kuuluuks se  
 17 N [nii ihan  
 18 H siihe[n?,  
 19 N [e:- ei [kuulu et nii. [nii.  
 20 H [että sen lisäksi käytäks sä [päivittäin, (.)  
 21 joka kinen päivä käytätkö jugurtt[ia tai: vi[iiliä,  
 22 N [joo. [joo.  
 23 (0.4)  
 24 H yhen, (1.4) kaks ,  
 25 N no semmosen (.) hh. varmaan ny (0.5) yks annos m[enee sitä  
 26 H [mm:, (.)  
 27 N nyt, mhh[h (.) tölkistä kaataa ni[in,  
 28 H [mm:, [joo:?,  
 29 (0.4)  
 30 H .hh (.)ja(.)juustoja (0.4) kolmisen siiv[ua(.)mahollisesti  
 31 N [nii.  
 32 (0.6)  
 33 H → .hth niin (0.4) se ei: riitä.  
 34 (0.2)  
 35 N mm.  
 36 H → et semmosen kuutisen viiva kaheksan desiä kaiken kaikkiaan  
 37 pitäis maitotuotteita yhteensä niin .hh (.) saada raskaana  
 38 oleva nainen ihan sen kals:iumin taki[a.  
 39 N [joo.  
 40 H → .hhh ja (.) sitä ei tarvi tyrkyttää itelle et ei se maito  
 41 sinällään niinku semmonen (.) [taika(.)juoma oo et  
 42 N [mm.  
 43 H → tietysti siinä on se kalkki hyvässä muodossa, .hh mutta  
 44 että mm monet käyttää sitte kals:iumvalmistetta.

Rivillä 12 terveydenhoitaja antaa ymmärtää, että asiakkaan huoli on aiheellinen, ja esittää aika ehdottoman kannanoton ”kalkkia pitää saada”. Tämän jälkeen terveydenhoitaja lähtee arvioimaan asiakkaan kalsiumin saantia ravitsemuslomakkeen avulla (riviltä 14). Asiakkaan erilaisten maitotuotteiden käytön tarkastelun lopuksi terveydenhoitaja toteaa naisen kalsiumin saannin olevan riittämätöntä (rivi 33) ja kertoo, millaisesta määrästä maitovalmisteita raskaana oleva nainen saa suositusten verran kalsiumia (rivit 36-38). Riviltä 40 lähtien

terveydenhoitaja kuitenkin antaa ymmärtää, ettei asiakas ole ”huono” raskaana oleva nainen, vaikkei hän maitoa pystyisikään juomaan suositeltua määrää. Terveystenhoitaja antaa ymmärtää, että ongelma koskee myös muita raskaana olevia naisia, sillä ”*monet*” käyttävät kalsiumvalmistetta suositusten mukaisen maitovalmisteiden käyttämisen sijaan (rivit 43-44).

## 7 POHDINTA

### 7.1 Menetelmälliset lähtökohdat

Tässä tutkimuksessa olen tarkastellut ravitsemuskeskustelun sisältöä ja vuorovaikutusta äitiysneuvolan ensikäynnillä. Tutkimuksen aineistona olen käyttänyt kymmentä videoitua äitiysneuvolan ensikäynnin vastaanottoa ja analysoinut niitä keskustelunanalyttisesti. Keskustelunanalyysi on laadullinen analyysimenetelmä, jota käytetään kahden tai useamman ihmisen välisen, todellisessa tilanteessa käydyn keskustelun ja vuorovaikutuksen yksityiskoh- taiseen tutkimiseen. Analyysissäni en ole pyrkinyt todentamaan mitään etukäteen tehtyjä hypoteeseja, vaan pikemminkin aineistolähtöisesti pyrkinyt luomaan niitä.

Tieteellisen tutkimuksen pyrkimysten mukaisesti olen pyrkinyt tuottamaan mahdollisimman luotettavaa tietoa (Kylmä ja Juvakka 2007). Tutkimukseni luotettavuuden arvioinnin kritee- reinä olen käyttänyt uskottavuutta, vahvistettavuutta, reflektiivisyyttä ja siirrettävyyttä. Tutkimuksessani olen kuvannut aineistoani tarkasti, jotta lukijalle olisi selvää, millaisesta aineistosta on kysymys. Osallistujien tiedot on esitetty sillä tarkkuudella kuin se vain videoita katsomalla oli mahdollista esittää, huomioiden kuitenkin eettiset lähtökohdat. Osallistujien henkilöllisyys ei saa olla tunnistettavissa, vaikka mahdollisimman tarkkaan aineiston kuvaa- miseen pyrittiäisiinkin. Myös aineiston käsittely ja analyysin eteneminen on kuvattu lukijalle. Uskottavuuden ja vahvistettavuuden lisäämiseksi analysoituja keskusteluotteita on sisällytetty tulosesitykseen. Ne tarjoavat lukijalle mahdollisuuden seurata tutkijan tekemää päättelyä. Tutki- musta tehdessäni olen käyttänyt taustamateriaalina niitä lomakkeita ja ohjausaineistoja, joita vastaanotoillakin käsiteltiin. Lomakkeet ja ohjausmateriaalit, joiden liittäminen teknisesti oli mahdollista, löytyvät myös tutkimustyöni liitteistä (Liitteet 2 ja 4). Niiden avulla lukija voi seurata niihin liittyvän analyysin etenemistä. Analyysin tekemisen vaiheista kertyi erilaisia aineistokokemuksia, analyysiversioita ja muistiinpanoja, joiden avulla analyysin etenemisen vaiheisiin voidaan tarvittaessa palata. Myös nauhoitteiden itsessään voidaan ajatella lisäävän luotettavuutta, sillä ne mahdollistavat palaamisen vastaanottotilanteeseen yhä uudelleen. Nau- hoitteiden avulla myös muut tutkijat voivat analysoida aineistoa, vertailla havaintojaan ja todentaa aineistosta tehtyjen tulkintojen oikeellisuuden omin silmin.

Koska kyseessä oli valmis aineisto, en itse päässyt vaikuttamaan tutkimuskohteenani olevien nauhoitteiden määrään. Laajemmasta tutkimusaineistosta löytyi 10 äitiysneuvolan ensikäyn- neillä kuvattua nauhoitetta. Tutkimani aineisto on kuvattu kahdessa eri Tampereen kaupungin äitiysneuvolassa ja neljän eri terveydenhoitajan vastaanotolla. Molemmista neuvoloista oli

tutkittavana kahden eri terveydenhoitajan vastaanottoja kahdesta kolmeen kappaletta. Tutkitujen vastaanottojen jakautuminen tasaisesti näiden kahden tutkimusneuvolan ja eri terveydenhoitajien välillä mahdollisti sen, että pystyin analyysissä jossakin määrin vertaamaan näiden kahden eri neuvolan käytäntöjä, eikä ero ollut vain yksittäisten terveydenhoitajien välillä. Yksittäisen terveydenhoitajan vastaanotoilla oli havaittavissa samankaltaisia vuorovaikutuksen keinoja ja ravitsemusohjauksen samansisältöisyyttä, joten useampia saman terveydenhoitajan vastaanottotilanteiden analysoiminen ei luultavasti olisi tuonut analyysiin enää mitään uutta. Samoin saman tutkimusneuvolan terveydenhoitajien vastaanottojen välillä oli havaittavissa enemmän yhtäläisyyksiä verrattuna toiseen neuvolaan. Tämän vuoksi useampien näiden tutkimusneuvoloiden terveydenhoitajien vastaanottojen analysoiminen ei olisi välttämättä tuonut enää uutta tietoa. Sen sijaan kolmannen tai useamman tutkimusneuvolan ja niiden 2-3 terveydenhoitajan vastaanottotilanteiden analyysi olisi voinut vahvistaa analyysiä. On kuitenkin otettava huomioon, että laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä on kerätä mahdollisimman rikas aineisto tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä (Kylmä ja Juvakka 2007). Tutkimusmenetelmä on luonteeltaan työläs ja liian suuri aineisto voi vaikeuttaa aineiston analyysia sekä oleellisen löytämistä.

Tutkimustulosten siirrettävyyttä arvioitaessa on huomioitava se, että aineisto on kerätty nimenomaan Tampereen kaupungin äitiysneuvoloissa. Aineisto ei edusta kaikkia Suomen äitiysneuvoloita ja ensikäyntien ravitsemuskeskustelujen vuorovaikutusta ja sisältöä. Kaikkien terveydenhoitajien toimintatavoissa on yksilöllisiä piirteitä ja toisaalta myös asiakkaat ovat yksilöitä. Kaikki tutkimuksen vastaanotot olivat kuitenkin ensikäyntejä, joilla voidaan olettaa olevan jonkinlainen yhtenäinen perustehtävä, jota ohjaavat lait, asetukset ja suositukset. Tutkimuksen tavoitteena olikin etsiä ja kuvata niitä käytäntöjä, jotka toistuivat ja ovat tyypillisiä ensikäynnin ravitsemuskeskusteluissa.

Taustani ravitsemustieteen opiskelijana ja toisaalta tietoni ohjausta koskevista teoreettisista malleista ja ihanteista lisäsivät kiusaus ryhtyä arvioimaan ravitsemusohjauksen oikeellisuutta tai ohjauksen toteutumista tiedon ja teorioiden pohjalta. Analyysia tehdessäni pyrin pitämään mielessä sen, että tutkimuksen tarkoitus oli ennen kaikkea aineistolähtöisesti kuvata ravitsemuskeskustelun vuorovaikutusta, eikä esimerkiksi arvioida, miten asiakaslähtöisyys tai voimaantumisen tukeminen toteutuivat terveydenhoitajan ja äitiysneuvolan asiakkaan välisessä vuorovaikutuksessa. Koska tarkoituksenani oli kuvata yksityiskohtaisesti keskustelukäytäntöjen nykytilaa, analyysimenetelmäksi valikoitui keskustelunanalyysi, eikä esimerkiksi sisällönanalyysi.

Analyysiä tehdessäni sain ohjaajiltani palautetta, joka antoi uusia näkökulmia ja täten vahvisti ja laajensi omaa näkemystäni. Lisäksi osallistuin tutkimusprojektin aineiston analyysin sessioihin, joissa katsoimme muiden tutkimukseen osallistuvien tutkijoiden kanssa jonkin lyhyen aineistokatkelman videolta. Tämän jälkeen jokainen osallistuja kirjasi huomioita aineistokatkelmasta tehtyyn litteraatioon. Tämän jälkeen kävimme läpi ja keskustelimme niistä yhdessä. Keskustelunalyysi oli minulle entuudestaan vieras tutkimusmenetelmä, joten osallistuminen aineiston analyysin sessioihin yhdessä kokeneempien tutkijoiden kanssa auttoi minua ymmärtämään syvällisemmin keskustelunalyytikkojen työskentelytapoja. Uskottavuutta olisi voinut vahvistaa keskustelemalla tutkimukseen osallistuneiden eli tässä tapauksessa terveydenhoitajien ja äitiysneuvolan asiakkaiden kanssa tutkimusten tuloksista ja pyytää heitä arvioimaan tulosten paikkansapitävyyttä tai yhdistämällä eri tutkimusmetodeja (Kylmä ja Juvakka 2007). Tällainen menettely ei kuitenkaan ollut mahdollista aineiston videoimisen ja tulosten analyysin välisen ajanjakson pituuden vuoksi.

Analyysissäni erilaisia numeerisia arvoja on hyödynnetty kuvaamaan ravitsemuskeskustelussa esiintyvää säännönmukaisuutta ja eroavaisuutta, vaikkei niillä tilastollisesti ole merkitystä. Näiden esiintyvyyksien ilmi tuominen auttaa havainnollistamaan ravitsemuskeskustelun etenemistä ja keskeistä sisältöä. Numeerinen tarkastelu auttoi jäsentämään aineistoa siten, että pystyin muodostamaan myös erilaisia kaavioita tulososiossa tekstin tueksi. Näitä ravitsemuskeskustelussa havaitsemiani säännönmukaisuuksia ja eroavaisuuksia käsittelin tarkemmin keskustelunalyysin avulla.

Tutkimuksessa käytettyjen nauhoitteiden laatu oli pääosin hyvä. Joitakin epäselvyyksiä nauhoitteissa oli johtuen esimerkiksi päällekkäin puhumisesta tai puheäänien hiljaisuudesta. Yksi tutkimuksen kohteena olevista ravitsemuskeskustelusta loppuu teknisistä syistä kesken. Vioittuneesta nauhoitteesta voi kuitenkin havainnoida osittain ravitsemuskeskustelun vuorovaikutustilannetta ja sisältöä ja sen vuoksi se otettiin mukaan analyysiin. Litteraatioiden tarkkuus oli mielestäni tämän tutkimuksen osalta riittävä. Videoita katsellessani kävin läpi paperille tulostettuja litteraatioita ja niiden avulla löysin vain muutamia sanoja, jotka litteraation tekijä oli kuulemani mukaan tulkinut väärin. Jos tällä oli jotakin merkitystä oman analyysini kannalta, korjasin havaitsemani virheet. Itse kirjoittamani litteraatioiden oikeellisuuden tarkisti ohjaajani.

Luotettavuutta tarkistellessa on hyvä miettiä, vaikuttiko videokuvaaminen jollakin tapaa terveydenhoitajien tai asiakkaiden käyttäytymiseen. Kun tutkimusprojektin osana haastateltiin terveydenhoitajia, joita oli kuvattu, useimmat haastateltavat kertoivat kameroiden unohtuneen



melko nopeasti (Ruusuvuori ym. 2008). Näin ollen kameroiden läsnäolo ei luultavasti vaikuttanut myöskään tässä tutkimuksessa olleiden terveydenhoitajien toimintaan. Lisäksi terveydenhoitajat eivät tienneet, että vastaanottotilanteista tullaan tarkastelemaan ravitsemuskeskustelun sisältöä ja vuorovaikutusta.

## 7.2 Tutkimustulosten tulkinta

### 7.2.1 Ravitsemuskeskustelun sisältö ja vuorovaikutus

#### *Ravitsemuslomake sekä ohjausta tukevat aineistot*

Ravitsemuslomakkeen tarjoama tieto toimi usein keskustelunavaajana. Yleisin terveydenhoitajien tapa ryhtyä selvittämään asiakkaan ravitsemustottumuksia oli ravitsemuslomakkeen mukainen kysymys tai vahvistuspyyntö aterioiden säännöllisyydestä tai siitä, noudattiko asiakas jotakin erityisruokavaliota. Kaikki terveydenhoitajat esittivät asiakkailleen kysymyksiä, joilla he selvittivät asiakkaan ravitsemustottumuksia. Kysymysten määrä ja sisältö kuitenkin vaihtelivat. Vaihteluun vaikuttivat terveydenhoitajan tapa hyödyntää ravitsemuslomaketta sekä ohjauksen tukiaineistojen käyttö. Toisessa neuvolassa terveydenhoitaja hyödynsi ravitsemuslomaketta järjestelmällisemmin ja lomakkeenmukainen etenemistyyli vaikutti terveydenhoitajan tapaan muovata puheenvuoronsa. Lomakkeenmukaisessa etenemistyyliässä terveydenhoitajat esittivät lomakkeessa esitetyt kysymykset ja niiden vastukset väittäminä tai olettamuksen sisältävinä vahvistuspyyntöinä, jotka eivät kielipollisesti olleet kysymyksiä. Tällainen terveydenhoitajan vuoro haki vastaukseen ensisijaisesti vain vahvistuksen tai kiellon, eikä pyytänyt kertomaan asiasta lisää. Useimmiten asiakkaat myös reagoivat terveydenhoitajan tekemiin pyyntöihin vahvistamalla ne lyhyesti, esimerkiksi sanomalla ”joo”. Toinen, joskin hyvin harvinainen, tapa lomakkeenmukaisessa etenemistyyliässä oli se, että terveydenhoitaja kysyi asiakkaan mielipidettä asiasta. Neuvolassa, jossa ravitsemushaastattelu eteni lomakkeenmukaisesti, terveydenhoitaja ja asiakas keskustelivat hyvin lyhyesti tai eivät lainkaan raskauden aikaisen ruokavalion kielloista ja rajoituksista. Kieltoja ja rajoituksia koskevan ohjeen terveydenhoitajat olivat postittaneet jo ennen vastaanottoa asiakkaille. Ohjauksessaan terveydenhoitajat hyödynsivät tässä neuvolassa toista tutkimusneuvolaa enemmän ”Ruokaa kahdelle” – opasta ja yleisimmin terveydenhoitajien oppaasta esille nostamat asiat koskivat lautasmaalia, raskauden aikaista painonnousua ja kasvisten käyttöä.

Toisessa neuvolassa terveydenhoitajat eivät hyödyntäneet ravitsemuslomaketta yhtä järjestelmällisesti. Tällöin terveydenhoitajat antoivat kieltoja ja rajoituksia koskevan ohjeen asiakkaille vastaanotolla ja he kävivät ohjetta yksityiskohtaisesti läpi ravitsemuskeskustelun aikana. Ohjeen selostaminen tuotti terveydenhoitajan pitkiä yksipuolisia puheenvuoroja, mutta toisaalta antoi terveydenhoitajalle mahdollisuuden perustella ja tarjota lisätietoa rajoituksia ja kieltoja koskevista ohjeista. Samalla se mahdollisti kysymysten molemminpuolisen esittämisen. Tässä neuvolassa, jossa terveydenhoitaja selosti erityissuosituksia järjestelmällisesti

läpi, terveydenhoitajat hyödynsivät vain vähän ”Ruokaa kahdelle” – opasta ohjauksen tukena. Kyseisen neuvolan toinen terveydenhoitaja hyödynsi ohjauksessaan ruokapyramidia ja tämän avulla esitti asiakkaalle kysymyksiä ja tarjosi tietoa terveyttä edistävän ruokavalion laadusta. Neuvolan toisen terveydenhoitajan ohjaus painottui vahvasti raskausajan ravitsemuksen kieltoihin ja rajoituksiin. Kokonaisuudessaan tämä tutkimus ei kuitenkaan tue Piiraisen ja työtovereiden (2004) kyselytutkimuksen tulosta, jonka mukaan äitiysneuvolan ravitsemusohjaus neuvoloissa painottuu kieltoihin ja eri ruokien välttämissuosituksiin.

Koko perheen tai puolison ravitsemustottumusten selvittämisessä käytännöt vaihtelivat terveydenhoitajien välillä. Yhdellä terveydenhoitajalla oli perhekeskeisempi ote ja hän oli myös postittanut isälle oman ravitsemuslomakkeen kotiin täytettäväksi ja sitä myös käsiteltiin vastaanotolla huolimatta siitä, oliko puoliso itse mukana vastaanotolla vai ei. Uuden valtioneuvoston asetuksen (338/2010) mukaan lasta odottavan perheen molemmat vanhemmat on otettava huomioon ja terveysohjausta on tarjottava molemmille vanhemmille. Uuden lain myötä olisikin tärkeää kiinnittää huomiota siihen, huomioidaanko äitiysneuvoloissa yhtenevästi koko perheen ravitsemustottumukset ja toisaalta myös siihen, millä tavalla ne huomioidaan.

#### *Ravitsemuskeskustelu ruoka- ja ravintoainetasolla*

Mahdollisen erityisruokavalio noudattaminen ja maitotuotteiden käyttö olivat aiheita, joista terveydenhoitaja ja asiakas keskustelivat jollakin tapaa jokaisella vastaanotolla. Myös kasvisien, kalan ja ravintolisävalmisteiden käytöstä terveydenhoitajat usein kysyivät ja tarjosivat ohjeita. Terveydenhoitajat esittivät usein pintapuolisen arvion asiakkaan ruoka-aineiden käytöstä tai ravintoaineiden saannin riittävyyydestä ravitsemuslomakkeen tietojen pohjalta ja toivat tämän asiakkaalle vahvistettavaksi. Tämän jälkeen terveydenhoitaja tarjosi tietoa esille ottamastaan aiheesta, mutta ei yleensä tarjonnut konkreettista ohjetta toimia esittämällään tavalla tai lähtenyt asiakkaan kanssa yhdessä miettimään yksilöllisiä muutostarpeita.

Terveydenhoitajan puheen pyrkimyksenä oli usein asiakkaan tiedon lisääminen ja he esittivät vain harvoin selkeästi tekemiseen tai toimintaan kehottavia ohjeita. Eniten suoria toimintaan kehottavia ohjeita terveydenhoitajat esittivät ravintolisien käytöstä. Suosituksen D-vitamiinivalmisteen käytöstä terveydenhoitajat toivat ilmi aina, kun se silloisten suositusten mukaan oli tarpeellista ( $n = 3$ ). On otettava huomioon, että D-vitamiinivalmisteen käytösuositus on muuttunut tämän aineisto videoimisen jälkeen. Suurin osa vastaanotoista ( $n = 7$ ) on kuvattu keväällä, jolloin vanhan suosituksen mukaan D-vitamiinilisän käyttöä ei suositeltu. Osa terveydenhoitajista mainitsi, että D-vitamiinilisän käyttö voidaan aloittaa myöhemmin ( $n$

=3). Kolmessa ravitsemuskeskustelussa terveydenhoitaja suositteli D-vitamiinivalmisteen käyttöä, vaikkei se ollut ajankohdan huomioiden silloisen suosituksen mukaista. Myös raskauden aikaisesta painonlisäyksestä terveydenhoitajat tarjosivat melko usein konkreettisen ohjeen. Yksi terveydenhoitajista ei maininnut lainkaan raskaudenaikaista painonlisäystä ravitsemuskeskustelujen aikana. Merkittävästi lihavan asiakkaan kanssa terveydenhoitaja keskusteli ravitsemuksesta kauemmin ja painosta sekä raskaudenaikaisesta painonlisäyksestä terveydenhoitaja tarjosi enemmän ohjausta kuin muille asiakkaille.

#### *Ravitsemuskeskustelun vuorovaikutus*

Raskaana olevan naisen ravitsemustottumusten suhteen terveydenhoitajat pyrkivät säännönmukaisesti puheessaan säilyttämään neutraalin suhteen käsiteltävään asiaan ja välttivät moraalisia, asiakkaan toimintaa ja valintoja arvioivia, kannanottoja. Ravitsemuskeskusteluissa tämä ns. ammatillinen neutraalius, asiakkaan omaa valinnanvapautta korostavaa puhe, oli yksi keskeinen vuorovaikutuksen piirre ja näkyi terveydenhoitajien tavassa käyttää asiakkaan omaa valinnanvapautta korostavaa puhetta. Terveydenhoitajat pitivät asiakkaita myös pätevinä arvioimaan oman tilanteensa. Jos asiakas puheellaan antoi ymmärtää, että hän ei pitänyt ravitsemuskäyttäytymistään millään tapaa ongelmallisena, terveydenhoitajakaan ei puuttunut siihen. Terveydenhoitajan ammatillinen neutraalius liittyy pyrkimykseen muodostaa tasa-arvoinen ja luottamuksellinen asiakassuhde nimenomaan asiakkaana olevan naisen kanssa. Asiakkaat eivät tuoneet esille juuri mitään omiin tai puolisonsa ravitsemustottumuksiin liittyvää ongelmallisuutta, joka on yksi keino esittää itsensä terveystietoisena ja terveydestään huolehtivina tulevana vanhempana. Asiakkaiden suuntautumista itsensä terveystietoisena ja vastuullisena esittämiseen vahvistaa esimerkki siitä, miten asiakas toimi vastattuaan terveydenhoitajan kysymykseen odotuksenvastaisesti; hän ryhtyi välittömästi perustelemaan antamaansa vastausta ja selitti korvaavansa tiettyä ruokavalionsa "puutetta" jollakin toisella terveellisenä pidetyllä tavalla. Asiakkaiden esittämät kysymykset olivat harvinaisia ja vastaukset terveydenhoitajan tarjoamiin ohjeisiin lyhyitä, kuten "niin", "joo" tai "aivan", jotka osoittivat ennen kaikkea asiakkaan kuunnelleen ja vastaanottaneen tietoa. Asiakkaat ilmaisivat erimielisyyttä ravitsemuskeskustelun aikana hyvin harvoin. Näillä tavoilla sekä terveydenhoitajat että äitiysneuvolan asiakkaat toteuttivat institutionaalista rooliaan äitiysneuvolan ensikäynnin vuorovaikutustilanteessa (Drew ja Heritage 1992, Peräkylä 1997).

Ravitsemusohjausta äitiysneuvoloissa on tutkittu Suomessa vain vähän ja tutkimukset ovat olleet neuvoloiden hoitajille ja odottavilta äideiltä suunnattuja kyselytutkimuksia (Perälä ym. 1998, Piirainen ym. 2004, Huurre ym. 2006, Ilmonen ym. 2007). Äitiysneuvolan ensikäynnin

ravitsemuskeskustelun vuorovaikutusta ja sisältöä tarkasti kuvaavia tutkimuksia ei ole aikaisemmin tehty. Terveydenhuoltohenkilöstön ja asiakkaiden vuorovaikutusta kuvaavia tutkimuksia on kuitenkin Suomessa tehty (Sorjonen ym. 2001, Kiuru ym. 2004, Kettunen 2001, Kettunen ym. 2006, Poskiparta ym. 2006, Poskiparta ym. 2007) ja näiden tutkimusten mukaan yksilön tavoitteista lähtevät toimintatavat ja asiakkaan motivointi elintapamuutokseen eivät toteudu ohjauskäytännöissä. Vaikeus motivoida asiakkaita elintapamuutoksiin todettiin myös Jallinojan ja työtovereiden (2007) tekemässä kyselytutkimuksessa, jonka mukaan terveydenhuollossa työskentelevistä lääkäreistä ja hoitajista vain noin puolet piti omia ohjauskykyjään riittävinä elintapamuutosten ohjaamiseen. Lähtökohtaisesti äitiysneuvolan ensikäynti on omanlaisensa terveydenhuollon ammattilaisen ja asiakkaan välinen vuorovaikutustilanne, sillä asiakkaat eivät tule vastaanotolle minkään sairauden tai vaivan takia. Ilmosen ja työtovereiden (2007) tutkimuksen mukaan äitiys- ja lastenneuvoloiden terveydenhoitajatkin kuitenkin kaipasivat keinoja asiakkaan motivointiin ja yhteistyön edistämiseen perheen kanssa.

Vaikka asiakaslähtöisen ohjauksen toteutumista pidetään ihanteena terveydenhuollossa, vuorovaikutustutkimusten mukaan vallitseva ohjauksen tapa terveydenhuollossa on edelleen tiedon jakaminen ja suostuttelu (Kiuru ym. 2004), jossa asiantuntija laatii usein keskustelua koskevat suunnitelmat ja esittää ne potilaalle (Kettunen 2001). Myös tässä tutkimuksessa keskeinen havainto oli, että terveydenhoitajan puheen pyrkimyksenä oli usein asiakkaan tiedon lisääminen. Asiakkaan aikaisempia tietoja, tiedon tarvetta tai näkemystä terveydenhoitajat kysyivät vain harvoin ja näin ollen terveydenhoitajat eivät rakentaneet ohjaustaan asiakkaan tarpeisiin pohjautuen. Tämä vahvistaa sitä käsitystä, että tiedon tarjoaminen koetaan edelleen keskeiseksi ammattilaisen tehtäväksi, jota varten tilanteessa ollaan.

#### *Ravitsemusohjaus suhteessa suosituksiin*

Terveydenhoitajien tarjoama ohjauksen sisältö oli pääsääntöisesti linjassa raskausajan ravitsemuksesta annettujen suositusten kanssa (Hasunen ym. 2004). Kerran terveydenhoitaja teki suositusten vastaisen myönnytyksen, joka koski graavilohen käyttöä. Poikkeusluvan antaminen ja asiakkaan kokonaistilanteen huomioiminen saattoivat toimia terveydenhoitajan keinona rakentaa yksilöllistä ohjausta. Toisen ravitsemuskeskustelun yhteydessä terveydenhoitajan esittämä suositus raskaudenaikaisesta painonlisäyksestä oli hieman yläkanttiin arvioitu. Muut epätasällisyydet ohjauksen sisällössä koskivat B-vitamiinivalmisteiden, makeutusaineiden ja kolajuomien käyttöä. Eri terveydenhoitajat kuitenkin painottivat eri asioita ravitsemusohjauksessaan ja tämän vuoksi esimerkiksi raskauden aikaisesta painonnoususta ( $n = 2$ ) tai

raskauden aikaisen ruokavalion kielloista tai rajoituksista ( $n = 3$ ) ei keskusteltu lainkaan osassa ensikäynnin ravitsemuskeskusteluista. Tässä näkyi selkeästi se, että sama terveydenhoitaja käsitteli jokaisen asiakkaan kanssa samat asiat, jättäen samalla tietyn asiat käsittelemättä. Tämä vahvistaa sitä käsitystä, että ravitsemuskeskustelulla on vakiintunut kulku ja kokonaisrakenne, jossa aloituksen ja lopetuksen väliin sijoittuu jotain keskustelusta toiseen samankaltaisena toistuvia piirteitä. Äitiysneuvolan ensikäynnin ravitsemusohjaus on ainakin jossakin määrin aina ennalta määriteltä. Ohjaukseen vaikuttavat ne kansalliset suositukset, mitä sen sisällöstä on laadittu (Viisainen ym. 1999, Hasunen ym. 2004). Viisaisen ja työtovereiden (1999) uudistuksen alla oleva suositus luo rungon äitiysneuvolakäyntien sisällölle (Liite 1). Ravitsemus ja painonhallinta on mainittu yhdeksi monista käsiteltävistä asioista ensikäynnillä. Lisäksi ravitsemus on mainittu käsiteltäväksi aiheeksi asiakkaan tarpeen mukaan myös 4.vastaanottokäynnillä. Hasunen ja työtoverit (2004) ovat jakaneet ravitsemuksen osalta käsiteltävät aiheet alkuraskauden, keskiraskauden ja loppuraskauden vastaanottokäynneille (Taulukko 2). Alkuraskauden käynneillä käsiteltäviä aiheita ovat ravitsemustilan ja ruokavalion yleinen selvittäminen, lähtöpaino, nykypaino, painohistoria ennen raskautta, painonhallinta, hemoglobiini, mahdollinen erityisruokavalio, neuvonnan ja tuen tarpeen selvittäminen, yksilöllisen neuvonnan suunnittelu, raskauden ajan ruokarajoitukset ja ravintoainetäydennykset sekä ravitsemuspulmat, esim. pahoinvointi ja ummetus.

#### *Ravitsemuskeskustelun kesto*

Aikaisempien kyselytutkimusten perusteella ravitsemusohjaukseen käytetty aika on keskimäärin 11 minuuttia (Ilmonen ym. 2007). Tässä tutkimuksessa ravitsemuskeskustelun keskimääräinen kesto oli hyvin samansuuntainen (11 min 45 sek). Ravitsemusaiheen käsittely vei melko suuren osan ensikäynnin vastaanoton kokonaisajasta. Samassa aineiston terveydenhoitajat ja asiakkaat keskustelivat ensikäynneillä päihteistä ajallisesti huomattavasti lyhyemmin (Tuominen 2010). Kuitenkin, kun otetaan huomioon käsiteltävän aiheen laajuus ja merkitys, niin siihen käytetty aika tuntuu varsin riittämättömältä. Ilmonen ja työtovereiden (2007) tutkimuksen mukaan riittävää vastaanottoaika ravitsemusasioiden käsittelyyn oli yksi terveydenhoitajien esiin nostama kehittämistarve. On ymmärrettävää, etteivät terveydenhoitajat pysty, tässä ravitsemusasioiden käsittelyyn käytettävissä olevan reilun kymmenen minuutin aikana, toteuttamaan koko suosituksenmukaista ohjausta kattavasti ja laadukkaasti. Tämän tutkimuksen rajoitteena on se, ettei sen perusteella voida tietää, onko ravitsemusasioista keskustelua mahdollisesti jatkettu seuraavilla vastaanottokäynneillä, kuten äitiysneuvolan ravitsemussuosituksen laatineiden Hasunen ja työtovereiden (2004) ajatuksena on ehkä ollut. Myöskään terveydenhoitajille annetusta neuvolakohtaista ohjeistuksesta ravitsemuskeskuste-

luun liittyen tai tutkimukseen osallistuneiden terveydenhoitajien mahdollisesti suorittamasta täydennyskoulutuksesta ei ole saatavilla tietoa. Neuvolakohtaisten erojen perusteella voisi päätellä, että jotakin tällaisia selittäviä tekijöitä taustalta voisi löytyä.

### **7.2.2 Äitiysneuvolan ravitsemusohjauksen kehittäminen ja tutkimustulosten hyödyntäminen**

Tutkimustulosteni perusteella äitiysneuvolan ravitsemusohjaus näyttäisi kaipaavan yhteneviä ohjeita, sillä käytännöt näyttäisivät vaihtelevan saman kaupungin neuvoloiden välillä. Ohjeista tulisi selkeästi käydä ilmi, mitä ja miten asioita milläkin äitiysneuvolan vastaanotolla käsitellään. Toisaalta ohjeistus ei saa olla liian kaavamainen, mutta se loisi kuitenkin jonkinlaiset raamit äitiysneuvolan ravitsemusohjaukselle. Äitiyshuollon suosituksia päivitetäänkin parhaillaan uuden terveydenhuoltolain (1326/2010) ja sitä täsmentävä valtioneuvoston asetuksen 338/2011 antaman säädöserustan pohjalta. Valtioneuvoston asetus (338/2011) on jo kuluvin vuoden alusta lähtien velvoittanut äitiysneuvoloita järjestämään yhden laajemman terveystarkastuksen, jossa selvitetään koko perheen hyvinvointia. Paikallisesti sovittujen käytäntöjen tulisi olla linjassa näiden valtakunnallisten suositusten kanssa.

Ajantasaisen ohjeistuksen luominen on tärkeää, jotta kaikki lasta odottavat perheet voivat saada neuvolasta riippumatta laadukasta ja yksilöllistä ravitsemusohjausta. Yhtenevät käytännöt neuvoloissa helpottaisivat myös ohjauksen jatkuvuutta, jos perheen neuvola esimerkiksi muuton vuoksi vaihtuu. Myös Ilmosen ja työtovereiden (2007) tutkimuksen perusteella terveydenhoitajat kaipaivat ravitsemusohjauksesta ja ohjausmenetelmistä selkeitä ja yhtenäisiä ohjeita. Ravitsemusasioiden käsittely tulisi jo suosituksen tasolla jakaa selkeästi useammalle eri vastaanottokäynnille, sillä ensikäynnillä käsiteltäviä asioita on paljon. Jos koko laaja ravitsemusaihe yritetään käsitellä yhden vastaanoton yhteydessä, on vaarana, että se jää ammattilaislähtöiseksi ja pintapuoliseksi tiedon tarjoamiseksi. Toisaalta syöminen tai kehonpaino voi ainakin osalle ihmisistä olla niin henkilökohtainen ja arka puheenaihe, joten luottamuksellisen asiakassuhteen luominen voi olla hyödyksi ennen kuin niistä ryhdytään keskustelemaan tarkemmin.

Raskauden aikaisen ruokavalion turvallisuus on merkityksellinen ulkoisille häiriöille herkän sikiönkehityksen alkuvaiheen aikana. Tämän vuoksi kirjallisen ohjeen lähettäminen etukäteen kotiin tutustuttavaksi siinä vaiheessa, kun perhe ottaa yhteyttä neuvolaan, olisi toimiva käytäntö. Kirjallisen ohjeen tulisi olla niin selkeä, että asiakas pystyy sen itse tulkitsemaan. Ruokavalion turvallisuuteen tulisi kuitenkin ensikäynnillä palata ja kysyä asiakkaalta, onko

hänellä niiden asioiden suhteen jotain kysymyksiä mielessä ja tämän jälkeen keskustella asiakkaan esille nostamista aiheista. Yksityiskohtainen ohjeiden selostaminen ei kuitenkaan ole tarpeen, jos asiakas ilmaisee, että raskauden aikaisen ruokavalion turvallisuutta koskevat ohjeet ovat hänellä tiedossa, eikä hänellä ole niistä kysyttävää.

Myös suosituksenmukaisen D-vitamiinivalmisteen käytön terveydenhoitaja voisi varmistaa ensikäynnillä, sillä nykyään sama käyttösuositus koskee kaikkia raskaana olevia naisia. Samassa yhteydessä voisi tiedustella, onko asiakkaalla mielessä jotain kysymyksiä ravintolisävalmisteiden suhteen. Tämän tutkimuksen perusteella ravintolisien tarve ja käyttö vaikuttivat kiinnostavan asiakkaita. Myös aikaisempien tutkimusten perusteella ravintolisävalmisteiden käyttö on verrattain yleistä raskauden aikana (Arkkola ym. 2006, Piirainen ym. 2006, Prasad ym. 2010). Asiakkaan tarpeesta riippuen ensikäynnillä voitaisiin puhua myös mahdollisista akuuteista ravitsemuspulmista, kuten alkuraskauden pahoinvoinnista ja mahdollisista ruokaa liittyvistä mieliteoista.

Yleisen käsityksen mukaan pelkkä tiedon lisääminen ei johda käyttäytymismuutokseen, joten terveydenhoitajien yksisuuntaisesti asiakkaille tarjoamaa tietoa ei voida pitää kovin tehokkaan tapana vaikuttaa asiakkaan ravitsemustottumuksiin. Tiedon tarjoamisen sijaan terveydenhoitaja voisi ohjeistaa asiakasta täyttämään ravitsemustottumuksia kartoittavan lomakkeen. Tämän tutkimuksen aineiston kuvaamisen aikaan terveydenhoitaja selvitti asiakkaan ravitsemustottumuksia ”Odottavan äidin ja isän ruokailutavat ja tottumukset” –lomakkeen avulla, jonka terveydenhoitaja oli postittanut asiakkaalle ennen ensikäyntiä. Tutkimuksen perusteella lomaketta tulisi kehittää sellaiseen suuntaan, että se sisältäisi kaikki oleelliset kohdat terveyttä edistävästä ravitsemuksesta ja samalla tukisi asiakaskeskeistä lähestymistapaa vastaanottotilanteen vuorovaikutuksessa. Ravitsemuslomakkeen käytön ja sen kautta asiakkaan ravitsemustottumuksista keskustelemisen tulisi olla järjestelmällistä kaikissa neuvoloissa. Myös asiakkaan puolisolle tulisi olla oma lomake, sillä uuden valtioneuvoston asetuksen (338/2011) mukaan ”lasta odottavan perheen molemmat vanhemmat on otettava huomioon ja terveysohjausta on tarjottava molemmille vanhemmille”.

Yhtenäisyyden ja kustannustehokkaan toiminnan vuoksi voisi olla tarpeen laatia valtakunnallisesti yhtenäinen ravitsemuslomake, jonka täyttäisivät kaikki Suomen äitiysneuvoloiden asiakasperheet. Valtakunnallinen lomakkeen kehittämisessä tulisi olla mukana laajempi työryhmä, jossa olisi mukana niin ravitsemus- kuin vuorovaikutusalan ammattilaisia. Myös tämän tutkimuksen tuloksia voitaisiin hyödyntää kehittämistyössä. Toimivan ravitsemuslomakkeen laatiminen ei ole yksinkertainen prosessi. Sen laatimisessa tulisi tarkasti miettiä



monesta eri näkökulmasta, mitkä asiat ovat oleellisia ja miten lomakkeeseen täytettävien kohtien muoto vaikuttaa vuorovaikutukseen vastaanottotilanteessa. Vuorovaikutuksen kannalta oleellisin seikka liittyy siihen, kysytäänkö esimerkiksi tiettyjen ruoka-aineiden käytön useutta ja määrää vai vastaajan omaa kokemusta käytön määrästä. Tämän tutkimuksen perusteella käytön useutta ja määrää hakeva kysymys vuorovaikutuksessa johtaa helposti ammattilaisen esittämään arvioon, jonka hän tuo sitten asiakkaalle vahvistettavaksi. Jos taas kysytään vain asiakkaan subjektiivista kokemusta, voidaanko olettaa, että asiakas itse osaa arvioida esimerkiksi jonkin ruoka-aineryhmän käytön riittävyyden terveyden kannalta. Kysymyksen muotoa valittaessa on otettava huomioon myös se, että niin sanotussa liikennevalomallissa on vaarana se, että täyttäjällä varoo punaisen vaihtoehdon rastittamista, sillä asiakkailla on usein tarve välittää terveystietoista kuvaa itsestään. Toisaalta, jos asiakas taas rastittaa vihreän vaihtoehdon, niin ammattilaisen on vuorovaikutuksellisesti hankala lähteä tästä keskustelemaan tai etenkään kyseenalaistamaan sitä. Tämän vuoksi jana-asteikolliset kysymykset voisivat toimia parhaiten.

Asiakkaan ravitsemustottumuksia selvittävän lomakkeen tulisi olla sellainen, että sen avulla voitaisiin palata asiaan uudestaan ja seurata edistymistä. Tällöin ravitsemusohjaukseen saataisiin jatkuvuutta ja vanhempien ravitsemustottumuksiin voitaisiin palata myös lapsen syntymän jälkeen. Piirainen ja työtoverit (2004) nostivat tutkimuksessaan esiin huolensa siitä, että lastenneuvolassa keskitytään vain lapsen terveyden seurantaan. Etenkin ensimmäisen lapsen saaneille perheille lapsen syntymä voi olla iso elämänmuutos, joka vaikuttaa osaltaan myös ravitsemustottumuksiin. Tämän vuoksi perhekeskeisen otteen tulisi toteutua myös lastenneuvolassa.

Ilmosen ja työtovereiden (2007) tutkimuksen perusteella terveydenhoitajat kaipaivat asiakkailla jaettavia oppaita. Ravitsemuslomakkeen lisäksi olisi varmasti tarpeen tuottaa myös ajantasaista, kirjallista aineistoa ohjauksen tueksi. Ohjausaineistojen käyttö tulisi kuitenkin jollakin tapaa sitoa ohjaukseen eli ensin määritellä asiakkaan mahdollinen muutostarve ja sen pohjalta nostaa esiin sitä koskevia kohtia ohjausaineistosta. Rutiininomaista ravitsemusaineistojen jakamista ei voida pitää asiakaskeskeisenä lähestymistapana.

Uudet, asiakaskeskeisyyttä korostavat menetelmät ja niitä varten tuotetut aineistojen kehittäminen ja tutkiminen olisi varmasti tarpeen. Samalla tulisi kuitenkin muistaa, ettei mikään uusi menetelmä tai aineisto kuitenkaan toimi, jos terveydenhoitajat eivät saa niiden hyödyntämisestä perusteellista koulutusta tai terveydenhoitajien ravitsemustietämys ei ole riittävällä tasolla. Ilmosen ja työtovereiden (2007) tutkimuksessa terveydenhoitajien keskeisimmäksi

kehitystarpeeksi nousi oman tietämyksen lisääminen ja ravitsemuksen pääkohtien hallinta. Voidaankin ajatella, terveydenhoitajien vankka ravitsemustietämys antaisi heille valmiuden asiakaslähtöisemmin keskustella ja neuvotella asiakkaiden kanssa ravitsemukseen liittyvistä asioista, eikä vain pintapuolisesti ja yksisuuntaisesti tarjota tietoa. Tämä voisi johtaa myös siihen, että hieman useampi kuin vain noin joka kuudes terveydenhoitaja voisi pitää ravitsemusohjauksen käytäntöjä hyvinä (Piirainen ym. 2004). Jo terveydenhoitajien peruskoulutuksen tulisi antaa riittävästi valmiuksia toteuttaa laadukasta ravitsemusohjausta niin vuorovaikutuksen kuin ravitsemustietoudenkin näkökulmasta. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää myös silloin, kun halutaan kehittää terveydenhoitajien perus- ja täydennyskoulutusta.

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen avulla on saatu viitteitä äitiysneuvolan ensikäynnin ravitsemusohjauksen tämän hetkistä käytännöistä: miten äitiysneuvolan ensikäynnin ravitsemuskeskustelu etenee ja mitkä asiat vaikuttavat sen sisältöön ja vuorovaikutuksen rakentumiseen. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää äitiysneuvolan ravitsemusohjauksen sekä terveydenhoitajien perus- ja täydennyskoulutuksen kehittämisessä.

1. Tulosten perusteella terveydenhoitajat käyttävät asiakasperheen ravitsemustottumusten selvittämiseen asiakkaiden kotona etukäteen täyttämää ”Odottavan äidin / isän ruokatavat ja tottumukset” – lomaketta (Liite 2). Tutkimusneuvoloiden välillä on eroa siinä, kuinka järjestelmällisesti terveydenhoitajat käyvät läpi lomakkeen kysymyksiä. Ravitsemushaastattelun aikana terveydenhoitaja selvittää asiakkaalta vähintään sen, noudattaako asiakas jotakin erityisruokavaliota ja missä määrin hän käyttää maitotuotteita. Terveydenhoitajat selvittävät usein myös sen, käyttääkö asiakas jotakin ravintolisävalmistetta. Ravitsemuslomakkeen käytön eroilla on vaikutusta koko ravitsemuskeskustelun sisältöön ja vuorovaikutukseen sekä muiden ohjausta tukevien aineiston käyttöön. Tulosten perusteella puolison tai koko perheen ravitsemustottumusten selvittäminen vaihteli eri terveydenhoitajien välillä.
2. Tulosten perusteella terveydenhoitajan tarjoaman ohjauksen pääpaino määräytyy sen mukaan, onko raskauden aikaisen ravitsemuksen rajoituksia ja kieltoja koskeva erityisohje lähetetty kotiin jo ennen vastaanottoa vai antaako terveydenhoitaja sen asiakkaalle vastaanotolla. Jos terveydenhoitaja antaa erityisohjeen asiakkaalle vastaanotolla, hän myös samassa yhteydessä selostaa ohjeen sisällön asiakkaalle ja tekee samalla kysymyksiä, perustelee ja tarjoaa lisätietoja. Jos terveydenhoitaja on lähettänyt ohjeen etukäteen kotiin, hän saattaa esittää siitä yksittäisen kysymyksen muun ohjauksen yhteydessä tai ei mainitse sitä lainkaan. Terveydenhoitajat, jotka eivät käy järjestelmällisesti läpi erityisohjeita, selvittävät järjestelmällisesti asiakkaan ruokavaliota ravitsemuslomakkeen avulla ja hyödyntävät muuta ohjauksen tukiaineistoa.
3. Tulosten perusteella terveydenhoitajan puheen pyrkimyksenä on usein asiakkaan tiedon lisääminen. Yleensä terveydenhoitaja esittämät kysymykset tuovat uuden aiheen keskusteluun. Näin ollen terveydenhoitajan esittämät kysymykset ovat vahvasti yhteydessä siihen, mitä tietoa ja millaisia ohjeita terveydenhoitajat asiakkailleen tarjoavat. Vuorovaikutuk-

sessä terveydenhoitajilla pidättäytyvät pääsääntöisesti arvioimasta asiakkaiden kuvauksia ravitsemustottumuksistaan ja heillä on tapana käyttää asiakkaan omaa valinnanvapautta korostavaa puhetta. Eniten konkreettiseen toimintaan kehottavia ohjeita terveydenhoitajat esittivät ravintolisien käytöstä sekä raskauden aikaisesta painonlisäyksestä. Asiakkaat eivät tuo esille juuri mitään omiin tai puolisonsa ravitsemustottumuksiin liittyvää ongelmallisuutta ja ilmaisevat erimielisyyttä vain harvoin. Asiakkaiden esittämät kysymykset ovat harvinaisia ja vastaukset terveydenhoitajan tarjoamiin ohjeisiin lyhyitä.

Ravitsemusohjauksen kehittämiseksi on jatkotutkimuksissa tarpeen selvittää ravitsemusohjauksen jatkumoa muilla äitiysneuvolan käynneillä sekä osana perhevalmennusta. Uusi Valtioneuvoston asetus (338/2011) velvoittaa kuntia järjestämään moniammatillisesti toteutettua perhevalmennusta ainakin ensimmäistä lasta odottaville tai ensimmäisen lapsen saaneille perheille. Sen vuoksi tulisi selvittää, sisältääkö perhevalmennus ravitsemukseen liittyvää ryhmäohjausta ja miten se on käytännössä toteutettu.

## LÄHTEET

Absetz P. Mistä motivaatio käyttäytymisen muutokseen? Luento kansanterveyspäivillä 22.1.2010. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/794bfabf-cc30-4546-b0b4-091a7a1ee6dd>

Absetz P, Hankonen N. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: Vaikuttavuus ja keinot. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2011;127:2265-2272.

Aikuisten lihavuus. Käypä hoito -suositus. Suomen lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2011 (päivitetty 17.1.2011). <http://www.kaypahoito.fi>.

Aira M, Seppä K. Laadullinen ja määrällinen tutkimus lääketieteessä. Suomen Lääkärilehti 2010;65:805-810.

Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: Myths and misconceptions. Patient Education and Counseling 2010;79:277-282.

Anglé S. Piilevän motivaation jäljillä. Ratkaisukeskeinen elämäntapojen ja painonhallinnan ohjaus. Suom Lääkäril 2010;65:2691-2696.

Arkkola T, Uusitalo U, Pietikäinen M, Metsälä J, Kronberg-Kippilä C, Erkkola M, Veijola R, Knip M, Virtanen SM, Ovaskainen ML. Dietary intake and use of dietary supplements in relation to demographic variables among pregnant Finnish woman. Br J Nutr 2006;96:913-920.

Aro A. Välttämättömät rasvahapot. Duodecim Terveyskirjasto. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=seh00152](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00152) (päivitetty 19.1.2009)

KTM asetus vitamiinien ja eräiden muiden aineiden lisäämisestä elintarvikkeisiin 917/2002.

Barker DJ, Winter PD, Osmond C, Margetts B, Simmonds SJ. Weight in infancy and death from ischaemic heart disease. Lancet 1989;2:577-580.

Beyerlein A, Schiessl B, Lack N, von Kries R. Optimal gestational weight gain ranges for the avoidance of adverse birth weight outcomes: a novel approach. Am J Clin Nutr 2009;90:1552-1558.

Birch LL, Fisher JO. Development of eating behaviours among children and adolescents. Pediatrics 1998;101:539-549.

Bodnar LM, Catov JM, Simhan HN, Holick MF, Powers RW, Roberts JM. Maternal vitamin D deficiency increases the risk of preeclampsia. J Clin Endocrinol Metab 2007;92:3517-3522.

Brenna JT, Lapillonne A. Background Paper on Fat and Fatty Acid Requirements during Pregnancy and Lactation. Ann Nutr Metab 2009;55:97-122.

Cetin I, Alvino G, Cardellicchio M. Long chain fatty acids and dietary fats in fetal nutrition. J Physiol 2009;587.14:3441-3451.

Champ M, Hoebler C. Functional food for pregnant, lactating women and in perinatal nutrition: a role for dietary fibres? *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2009;12(6):565-574.

Chatzi L, Plana E, Daraki V, Karakosta P, Alekakis D, Tsatsanis C, Kafatos A, Koutis A, Kogevinas M. Metabolic syndrome in early pregnancy and risk of preterm birth. *Am J Epidemiol*. 2009;170(7):829-836.

Clausen T, Mathiesen E, Hansen T, Pedersen O, Jensen DM, Lauenborg J, Damm P. High prevalence of type 2 diabetes and prediabetes in adult offspring of women with gestational diabetes mellitus or type 1 diabetes: the role of intrauterine hyperglycemia. *Diabetes Care* 2008; 31:340-346.

Cooper C, Javaid K, Westlake S, Harvey N, Dennison E. Developmental origins of osteoporotic fracture: the role of maternal vitamin D insufficiency. *J Nutr* 2005;135:2728S-2734S.

de Groot LC, Boekholt HA, Spaaij CJ, van Raaij JM, Drijvers JJ, van der Heijden LJ, van der Heide D, Hautvast JG. Energy balances of healthy Dutch women before and during pregnancy: Limited scope for metabolic adaptations in pregnancy. *Am J Clin Nutr* 1994;59:827-832.

Doss S, DePascal P, Hadley K. Patient-nurse partnerships. *Nephrology Nursing Journal*, 2011;38(2):115-125.

Drew P, Heritage J. Analyzing talk at work: an introduction. Kirjassa Drew P, Heritage J toim. *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press 1992, s. 3-65.

Dror DK. Vitamin D status during pregnancy: maternal, fetal, and postnatal outcomes. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2011 Oct 7. [Epub ahead of print]

Erkkola M, Karppinen M, Järvinen A, Knip M, Virtanen SM. Folate, vitamin D, and iron intakes are low among pregnant Finnish women. *Eur J Clin Nutr* 1998;96:913-920.

Erkkola M, Nwaru BI, Viljakainen HT. Maternal vitamin D during pregnancy and its relation to immune-mediated diseases in the offspring. *Vitam Horm* 2011;86:239-260.

Forsum E, Kabir N, Sadurskis A, Westerterp K. Total energy expenditure of healthy Swedish women during pregnancy and lactation. *Am J Clin Nutr* 1992;56:334-342.

Forsum E, Sadurskis A, Wager J. Resting metabolic rate and body composition of healthy Swedish women during pregnancy. *Am J Clin Nutr* 1988;47:942-947.

Gibson RA, Muhlhausler B, Makrides M. Conversion of linoleic acid and alpha-linolenic acid to long-chain polyunsaturated fatty acids (LCPUFAs), with a focus on pregnancy, lactation and the first 2 years of life. *Matern Child Nutr* 2011;2:17-26.

Gissler M, Rahkonen O, Arntzen A, Cnattingius S, Nybo Andersen a-M, Hemminki E. Trends in socioeconomic differences Finnish perinatal health 1991-2006. *J Epidemiol Community Health* 2009;63:420-425.

Goldberg GR, Prentice AM, Coward WA, Davies HL, Murgatroyd PR, Sawyer MB, Ashford J, Black AE. Longitudinal assessment of the components of energy balance in well-nourished lactating women. *Am J Clin Nutr* 1991;54:788-798.

Goldberg GR, Prentice AM, Coward WA, Davies HL, Murgatroyd PR, Wensing C, Black AE, Harding M, Sawyer M. Longitudinal assessment of energy expenditure in pregnancy by the doubly labeled water method. *Am J Clin Nutr* 1993;57:494-505.

Hakulinen A. Johdanto. Teoksessa Liisa Tainio toim. Keskustelunanalyysin perusteet. Tampere: Vastapaino 1997a, s.13-17.

Hakulinen A. Vuorottelujäsennys. Teoksessa Liisa Tainio toim. Keskustelunanalyysin perusteet. Tampere: Vastapaino 1997b, s. 32-55.

Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Saaristo V, Hastrup A, Rimpelä M. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007. Tulokset ja seurannan kehittäminen. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, raportteja 21/2008.

Harris A, Seckl J. Glucocorticoids, prenatal stress and the programming of disease. *Horm Behav* 2011;59(3):279-289.

Hasunen K, Kalavainen M, Keinonen H, Lagström H, Lyytikäinen A, Nurttila A, Peltola T, Tavia S. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 11/2004.

Haugen M, Brantsaeter AL, Trogstad L, Alexander J, Roth C, Magnus P, Meltzer HM. Vitamin D supplementation and reduced risk of preeclampsia in nulliparous women. *Epidemiology* 2009;20:720-726.

Hemminki E ja Gissler M. Äitiysneuvolat – naisenneuvoloiksi vai hyvinvointineuvoloiksi? Teoksessa Heikkilä M ja Lahti T toim. Helsinki: Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007.

Heritage J, Sefi S. Dilemmas of advice: aspects of the delivery and reception of advice in interactions between health visitors and first-time mothers. Kirjassa: Drew P ja Heritage J toim. Talk at work. Interaction in institutional settings. Cambridge: Cambridge University Press 1992, s.359-417.

Heritage J. Conversational analysis and institutional talk. Kirjassa: David Silverman toim. Qualitative research. Theory, method and practice. London: Sage 2004 s. 222-245.

Heritage J. Harold Garfinkel ja etnometologia. Suomentanut Arminen I, Palokoski O, Peräkylä A, Vehviläinen S, Veijola S. Helsinki: Gaudeamus 1996. Englanninkielinen alkuteos 1984.

Holmström I, Röing M. The relation between patient-centeredness and patient empowerment: A discussion on concepts. *Patient Education and Counseling* 2010;79:167-172.

Huurre A, Laitinen K, Hoppu U, Isolauri E. How practise meets guidelines: Evaluation of nutrition counseling in Finnish well-women and well-baby clinics. *Acta Paediatrica* 2006;95:1353-1359.

Hyttén FE. Nutrition. Kirjassa: Hyttén FE, Chamberlain G, toim. Clinical physiology in obstetrics. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1991b, s. 150–172.

Hyttén FE. Weight gain in pregnancy. Kirjassa: Hyttén FE, Chamberlain G, toim. Clinical Physiology in Obstetrics. Oxford: Blackwell Scientific 1991a, s. 173–203.

Ilmonen J, Isolauri E, Laitinen E. Ravitsemusneuvonta koetaan tärkeäksi neuvolatyössä. Terveydenhuoltotutkimus. Suom Lääkäril 2007;62:3661-3666.

Innis SM. Metabolic programming of long-term outcomes due to fatty acid nutrition in early life. Matern Child Nutr 2011;17:112-123.

Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D. Report Brief. [www.iom.edu/Reports/2010/Dietary-Reference-Intakes-for-Calcium-and-Vitamin-D.aspx](http://www.iom.edu/Reports/2010/Dietary-Reference-Intakes-for-Calcium-and-Vitamin-D.aspx) (Julkaistu 30.11.2010)

Institute of Medicine. Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids (Macronutrients). Panel on Macronutrients, Subcommittees on Upper Reference Levels of Nutrients and Interpretation and Uses of Dietary Reference Intakes, Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes. National Academic Press: Washington DC 2005. (Muokattu 31.1.2008)

Jallinoja P, Absetz P, Kuronen R, Nissinen A, Talja M, Uutela A, Patja K. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: perceptions among primary care physicians and nurses. Scand J Prim Health Care 2007;25(4):244-249.

Javaid MK, Crozier SR, Harvey NC, Gale CR, Dennison EM, Boucher BJ, Arden NK, Godfrey KM, Cooper C. Maternal vitamin D status during pregnancy and childhood bone mass at age 9 years: a longitudinal study. Lancet 2006;367:36–43.

Johnson DB, Gerrstein DE, Evans AE, Woodward-Lopez G. Preventing obesity: a life cycle perspective. J Am Diet Assoc 2006;106:97-102.

Kananen, J. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 2008, s. 121-126.

Kansaneläkelaitos. Äitiysavustus: raha tai äitiyspakkaus. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/120701141115EH?OpenDocument> (päivitetty 27.7.2011)

Kansanterveyslaki 66/1972.

Kansanterveyslaki 928/2005.

Kasila K, Poskiparta M, Kettunen T, Pietilä I. Ohjaustyylit koululaisten napostelututkimuksia koskevassa suun terveyden terveydenohjauksessa. Sosiaalilääk aikakausl 2009;46:37-45.

Kendall-Tackett K. Long-chain omega-3 fatty acids and women's mental health in the perinatal period and beyond. J Midwifery Womens Health 2010;55(6):561-567.



- Kettunen T, Poskiparta M, Kiuru P, Kasila K. Lifestyle counseling in type 2 diabetes prevention: a case study of a nurse's communication activity to produce change talk. *Commun Med* 2006;3:3-14.
- Kettunen T. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaa-  
raalan terveysneuvonnassa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto 2001.
- Kinnunen TI, Luoto R, Gissler M, Hemminki E. Pregnancy weight gain from 1960s to 2000  
in Finland. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003;27(12):1572-1577.
- Kiuru P, Poskiparta M, Kettunen T, Saltevo J, Liimatainen L 2004. Advice-giving styles by  
Finnish nurses in dietary counseling concerning type 2 diabetes care. *J Health Communicati-  
on* 2004;9(4):337- 354.
- Koivunen E. Raskaus ja veritaudit. Kirjassa: Ruutu T, Rajamäki A, Lassila R, Porkka K, toim.  
Veritaudit. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2007, s. 718–733.
- Kopp-Hoolihan LE, Van Loan MD, Wong WW, King JC. Longitudinal assessment of energy  
balance in well-nourished, pregnant women. *Am J Clin Nutr* 1999;69:697– 704.
- Korppi-Tommola A. Terve lapsi – kansan huomen. Mannerheimin lastensuojeluliitto yhteis-  
kunnan rakentajana 1920 – 1990. Helsinki: Mannerheimin lastensuojeluliitto 1990.
- Kuronen M. Lapsen hyväksi naisten kesken. Tutkimus äitiys- ja lastenneuvolan toimintakäy-  
tännöistä. Helsinki: Stakes, Tutkimuksia 35/1993.
- Kylmä J, Juvakka T. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita 2007, s. 127-134.
- Kyttälä P, Ovaskainen M, Kronberg-Kippila C, Erkkola M, Tapanainen H, Tuokkola J, Veijo-  
la R, Simell O, Knip M, Virtanen SM. Lapsen ruokavalio ennen kouluikää. Helsinki:  
Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B32/2008.
- Lamberg S, Raitanen J, Rissanen P, Luoto R. Prevalence and regional differences of gesta-  
tional diabetes mellitus and oral glucose tolerance tests in Finland. *Eur J Public Health* 2010  
Dec 23. [Epub ahead of print]
- Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Helsinki: Sosiaali- ja terveysminis-  
teriön oppaita 14/2004.
- Lavikainen T, Karlström U, Bäckman C, Hirvonen T. Intake of vitamin A, cadmium and lead  
via liver foods among Finnish women of fertile age — a quantitative risk assessment. Helsin-  
ki: Eviran tutkimuksia 2/2007.
- Lederman SA, Paxton A, Heymsfield SB, Wang J, Thornton J, Pierson RN. Body fat and wa-  
ter changes during pregnancy in women with different body weight and weight gain. *Obstet  
Gynecol* 1997;90:483-488.
- Lindsay CA, Huston L, Amini SB, Catalano PM. Longitudinal changes in the relationship  
between body mass index and percent body fat in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1997;89:377-  
382.

Luoto R, Kinnunen TI, Aittasalo M, Kolu P, Raitanen J, Ojala K, Mansikkamäki K, Lamberg S, Vasankari T, Komulainen T, Tulokas S. Primary prevention of gestational diabetes mellitus and large-for-gestational-age newborns by lifestyle counseling: a cluster-randomized controlled trial. *PLoS Med* 2011 May;8(5):e1001036.

Maghbooli Z, Hossein-Nezhad A, Karimi F, Shafaei AR, Larijani B. Correlation between vitamin D3 deficiency and insulin resistance in pregnancy. *Diabetes Metab Res Rev* 2008;24:27-32.

MohanKumar SMJ, King A, Shin AC, Sirivelu MP, MohanKumar PS, Fink GD. Developmental programming of cardiovascular disorders: Focus on hypertension. *Rev Endocr Metab Disord* 2007;8(2):115-125.

Morley R, Carlin JB, Pasco JA, Wark JD. Maternal 25-hydroxyvitamin D and parathyroid hormone concentrations and offspring birth size. *J Clin Endocrinol Metab* 2006;91:906-912.

Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Kaikkonen R, Koponen P, Ovaskainen ML, Sippola R, Virtanen S, Laatikainen T, LATE-työryhmä toim. Lasten terveys. LATE-tutkimuksen perustulokset lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä, terveystottumuksista ja kasvu ympäristöstä. Helsinki: Terveystieteen ja hyvinvoinninlaitoksen raportti 2/2010.

Nohr EA, Vaeth M, Baker JL, Sørensen TI, Olsen J, Rasmussen KM. Combined associations of prepregnancy body mass index and gestational weight gain with the outcome of pregnancy. *Am J Clin Nutr* 2008;87:1750-1759.

Nuorttila A. Raskauden seuranta neuvolassa. Kirjassa: Armanto A, Koistinen P toim. Neuvolatyön käsikirja. Hämeenlinna: Tammi 2007, s. 39–54.

OECD, OECD Factbook 2010: Economic, Environmental and Social Statistics, OECD Publishing 2010. [10.1787/factbook-2010-en](http://dx.doi.org/10.1787/factbook-2010-en) (Luettu 4.12.2010)

Oken E, Kleinman KP, Belfort MB, Hammitt JK, Gillman MW 2009 Associations of gestational weight gain with short- and longer-term maternal and child health outcomes. *Am J Epidemiol* 170:173-180.

Pasco JA, Wark JD, Carlin JB, Ponsonby AL, Vuillermin PJ, Morley R. Maternal vitamin D in pregnancy may influence not only offspring bone mass but other aspects of musculoskeletal health and adiposity. *Med Hypotheses* 2008;71:266-269.

Patja K, Absetz P, Kuronen R, Lillrank R. Miten kroonisten tautien ennaltaehkäisy saadaan kuntoon? *Suom Lääkäril* 2009;64(14):1351-1356.

Paturi, M., Tapanainen, H., Reinivuo, H. & Pietinen, P. (toim.) *Finravinto 2007-tutkimus*. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 23/2008.

Peräkylä A, Eskola K, Sorjonen ML. Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus tarkastelun kohteena. Kirjassa: Sorjonen ML, Peräkylä A, Eskola K toim. *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Tampere: Vastapaino 2001, s. 7-26.

Peräkylä A, Vehviläinen S. Vuorovaikutustutkimus ja vuorovaikutusideologiat. *Psykologia* 1999;34:329-342.

Peräkylä A. Institutionaalinen keskustelu. Kirjassa: Tainio L toim. Keskusteluanalyysin perusteet. Tampere: Vastapaino 1997, s. 177-203.

Perälä LM, Pelkonen M, Vehviläinen-Julkunen K, Viisainen K, Räikkönen O. Äitiyshuollon palvelut muutoksessa. Raportissa: Sihvo S, Koponen P, toim. Perhesuunnittelusta lisääntymis-terveyteen. Palvelujen käyttö ja kehittämistarpeen. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, raportteja 1998;220:33-47.

Piirainen T, Isolauri E, Huurre A, Hoppu U, Laitinen K. Ravitsemus- ja terveysneuvonta äitiys- ja lastenneuvolassa. *Terveydenhuoltotutkimus. Suom Lääkäril* 2004;59:2047-2053.

Piirainen T, Isolauri E, Lagström H, Laitinen K. Impact of dietary counselling on nutrient intake during pregnancy: a prospective cohort study. *British Journal of Nutrition* 2006;96:1095-1104.

Pipe NG, Smith T, Halliday D, Edmonds CJ, Williams C, Coltart TM. Changes in fat, fat-free mass and body water in human normal pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1979;86:929- 940.

Poskiparta M, Kasila K, Vähäsarja K, Kettunen T & Kiuru P. Diabetesta sairastavien ravintorasvojen käytön neuvonta perusterveydenhuollossa. *Sosiaalilääk Aikak* 2007;44:20-28.

Poskiparta M, Kasila K, Kiuru P. Dietary and physical activity counselling on type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary healthcare in Finland. *Scand J Prim Health Care* 2006;4:206-210.

Poston L, Harthoorn LF, van der Beek EM. Obesity in Pregnancy: Implications for the Mother and Lifelong Health of the Child. A Consensus Statement. *Pediatric Research Issue* 2011;69(2):175-180.

Prasad M, Lumia M, Erkkola M, Tapanainen H, Kronberg-Kippilä C, Tuokkola J, Uusitalo U, Simell O, Veijola R, Knip M, Ovaskainen ML, Virtanen SM. Diet composition of pregnant Finnish women: changes over time and across seasons. *Public Health Nutr* 2010;13(6A):939-946.

Qiu C, Coughlin KB, Frederick IO, Sorensen TK, Williams MA . Dietary fiber intake in early pregnancy and risk of subsequent preeclampsia. *Am J Hypertens* 2008 Aug;21(8):903-909.

Raatikainen K, Härmä K, Randel K. Ylipainoisen raskaus. *Suom Lääkäril* 2010;12:1103-1108.

Raevaara L, Ruusuvuori J, Haakana M. Institutionaalinen vuorovaikutus ja sen tutkiminen. Kirjassa: Ruusuvuori J, Haakana M, Raevaara L toim. Institutionaalinen vuorovaikutus, keskusteluanalyttisiä tutkimuksia. Pieksämäki: RT-Print 2001, s. 11-38.

Raevaara L. Kysyminen toimintana. Lisensiaatintyö, Helsingin yliopiston suomen kielen laitos, 1993.

Raevaara L. Vierusparit – esimerkkinä kysymys ja vastaus. Teoksessa Liisa Tainio toim. Keskusteluanalyysin perusteet. Tampere: Vastapaino 1997, s. 75-92.

Rasmussen KM, Yaktine AL toim. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Institute of Medicine and National Research Council Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines. Washington (DC): National Academies Press 2009.

Ritamo M, Pelkonen M, Nikula M. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Väliarviointi sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelmasta vuosille 2007–2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 6/2010.

Ruusuvuori J, Lindfors P, Homanen R, Haverinen S, Lehtonen H, Keskinen K. Ennaltaehkäisevä terveystyö neuvolassa: Muuttuva asiakastyö, tiimityö ja hyvinvointineuvolamalli. Tampere: Tampereen kaupunki. Tietotuotanto ja laadun arviointi, Hyvinvointipalvelujen julkaisuja 7/2008.

Ruusuvuori J. Litteroijan muistilista. Kirjassa Ruusuvuori J, Nikander P, Hyvärinen M toim. Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino 2010b, s. 424-431.

Ruusuvuori J. Vuorovaikutus ja valta haastattelussa – Keskusteluanalyyttinen näkökulma. Kirjassa Ruusuvuori J, Nikander P, Hyvärinen M toim. Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino 2010a, s. 269-299.

Salmenhaara M, Uusitalo L, Uusitalo U, Kronberg-Kippilä C, Sinkko H, Ahonen S, Veijola R, Knip M, Kaila M, Virtanen SM. Diet and weight gain characteristics of pregnant women with gestational diabetes. Eur J Clin Nutr. 2010;1:1-8.

Sayers A, Tobias JH. Estimated maternal ultraviolet B exposure levels in pregnancy influence skeletal development of the child. J Clin Endocrinol Metab 2009;94:765-771.

Schegloff E A, Sacks H. Opening up closings. Semiotica 1973;8:289-327.

Scholl TO, Johnson WG. Folic acid: influence on the outcome of pregnancy. Am J Clin Nutr 2000;71:1295S-1303S.

Seppänen EL. Vuorovaikutus paperilla. Kirjassa: Liisa Tainio toim. Keskusteluanalyysin perusteet. Tampere: Vastapaino 1997, s. 18-31.

Siitonen S, Vilpo J. Raskausanemia. Kirjassa: Vilpo J, toim. Ilmari Palvan Veritaudit. Helsinki: Medivil Oy 2005, s. 78-79.

Smit LA, Mozaffarian D, Willett W. Review of fat and fatty acid requirements and criteria for developing dietary guidelines. Ann Nutr Metab 2009;55(1-3):44-55.

Sohlstrom A, Forsum E. Changes in total body fat during the human reproductive cycle as assessed by magnetic resonance imaging, body water dilution, and skinfold thickness: A comparison of methods. Am J Clin Nutr 1997;66:1315-1322.

Sorjonen ML, Peräkylä A, Eskola K toim. Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Tampere: Vastapaino 2001.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 16/2008.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Lastensuojelulain kokonaisuudistustyöryhmän muistio. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 25/2006.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Raskaana olevien päihdeongelmaisten naisten hoidon varmistaminen. Työryhmän raportti. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 4/2009.

Stakes. Synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2007. Suomen virallinen tilasto: Tilastoraportti 30/2008. [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt30\\_08.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt30_08.pdf) (Päivitetty 4.11.2008)

Stothard KJ, Tennant PW, Bell R, Rankin J. Maternal overweight and obesity and the risk of congenital anomalies: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2009;301:636-650.

Strong PM. The Ceremonial Order of the Clinic. Parents, Doctors and bureaucracies. London, Boston and Henley: Roudledge & Keagan Paul 1979.

Suomen Sydänliitto ry. Neuvokas perhe - Liikunta ja ravitsemusohjausmenetelmä neuvolaan ja kouluterveydenhuoltoon. <http://www.sydanliitto.fi/neuvokas-perhe> (luettu 23.11.2011)

Tampereen kaupunki. Perheelisäystä odottavan ABC. <http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/neurolat/aitiysneuvolat/abc.html> (Päivitetty 26.9.2011)

Tampereen kaupunki. Ravitsemuksesta raskauden ja imetyksen aikana. <http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/erikoisvastaanotot/ravitsemus/raskaus.html> (Päivitetty 11.1.2010)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/yksikot/seli/aitiyshuollon\\_asiantuntijaryhma](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/yksikot/seli/aitiyshuollon_asiantuntijaryhma) (Luettu 5.10.2011)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Synnytykset ja vastasyntyneet 2009. Suomen virallinen tilasto: Tilastoraportti 26/2010. [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr26\\_10.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr26_10.pdf)

Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

Tilastokeskus. Imeväiskuolleisuus. <http://www.findikaattori.fi/45/> (Päivitetty 15.4.2010)

Tuominen S. Alkoholinkäytöstä keskusteleminen äitiysneuvolan ensikäynnillä. Pro gradu. Tampereen yliopisto 2010.

Tuorila H. Terveyspalvelut ja potilaiden voimaantuminen. Kuluttajatutkimuskeskuksen vuosikirja. Helsinki: Kuluttajatutkimuskeskus 2009. [http://www.kuluttajatutkimuskeskus.fi/files/5403/04\\_tuorila\\_terveyspalvelut.pdf](http://www.kuluttajatutkimuskeskus.fi/files/5403/04_tuorila_terveyspalvelut.pdf)

Turner RE. Nutrition during pregnancy. Kirjassa: Shils ME, Shike M, Ross AC, Caballero B, Cousins RJ toim. Modern Nutrition in Health and Disease. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins 2006, s. 771-783.

Tutkimuseettinen toimikunta 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. [http://www.tenk.fi/HTK/Hyva\\_Tieteellinen\\_FIN.pdf](http://www.tenk.fi/HTK/Hyva_Tieteellinen_FIN.pdf) (Luettu 16.3.2011)

UKK-instituutti. Palkitun NELLI-tutkimuksen koulutusta ja aineistoa. [http://www.ukkinstituutti.fi/tiedotteet/2010\\_tiedotteet/palkitun\\_nelli-tutkimuksen\\_koulutusta\\_ja\\_aineistoa](http://www.ukkinstituutti.fi/tiedotteet/2010_tiedotteet/palkitun_nelli-tutkimuksen_koulutusta_ja_aineistoa) (Päivitetty 10.3.2011)

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Erityisohjeet ja rajoitukset. [http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/ravitsemussuositukset/erityisohjeet\\_ja\\_rajoitukset/](http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/ravitsemussuositukset/erityisohjeet_ja_rajoitukset/) (Luettu 22.10.2011)

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Suomalaiset ravitsemussuositukset ravinto ja liikunta tasapainoon. Helsinki: Edita Publishing Oy 2005.

VNa asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011.

van Raaij JMA, Peek ME, Vermaat-Miedema SH, Schonk CM, Hautvast JG. New equations for estimating body fat mass in pregnancy from body density or total body water. *Am J Clin Nutr* 1988;48:24-29.

Vehviläinen S. Ohjaus vuorovaikutuksena. Helsinki: Yliopistopaino 2001a.

Vehviläinen S. Neuvomisen ongelmia ja ratkaisuja – vertaileva näkökulma. Kirjassa: Ruusu-vuori J, Haakana M, Raevara L toim. Institutionaalinen vuorovaikutus, keskusteluanalyttisia tutkimuksia. Pieksämäki: RT-Print 2001b, s. 39-61.

Viisainen K. toim. Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen oppaita 34/1999.

Viswanathan M, Siega-Riz AM, Moos M-K, Deierlein A, Mumford S, Knaack J, Thieda P, Lux LJ, Lohr KN. Outcomes of Maternal Weight Gain, Evidence Report/Technology Assessment No. 168. Rockville: AHRQ Publication 2008.

## LIITTEET

### Liite 1 Äitiysneuvolan käynnit ja terveysneuvonta

Lähde: Viisainen, K. (toim.) Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa, suositukset 1999

Kerta	Tekijä	Synnyttävä	Raskausviikko	Terveysneuvonta
1	TH	E, U	8-12	Keskustellaan raskauden tuomista fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista muutoksista. Isän mukanaolo 1.käynnillä suotavaa. <b>Ravitsemus, raskauden aikainen painonhallinta</b> , tupakka ja päihteet, liikunta ja lepo, hampaidenhoidon merkitys, seksuaalisuus raskauden aikana, parisuhde, vanhemmuus, mieliala ja sen vaihtelut raskauden aikana, info sikiöseulonnoista
2	L	E, U	8-12	Asiakkaan tarpeiden mukaan (lantionpohjan lihaksisto), sikiöseulonnoista keskustelu
3	TH	E, U	13-15	Asiakkaan tarpeiden mukaan (liikunta, lepo, parisuhde, seksuaalisuus)
4	TH	E, U	17-20	Asiakkaan tarpeiden mukaan, <b>ravitsemus</b> , liikunta; selän ja lantionpohjanlihaksisto, parisuhde ja seksuaalisuus, tukiverkon kartoitus
5	TH	E, U	22-26	Asiakkaan tarpeiden mukaan (turvotukset, <b>närästys</b> , suonikohjut, <b>ummetus, painonhallinta</b> ), äidin työssä jaksaminen (supistelut), info sosiaalieluksista (Kela), info perhevalmennuksesta
6	L	E, U	26-28	Asiakkaan tarpeiden mukaan, mahdollisesta synnytyspelosta keskusteleminen, äidin työssä jaksaminen, supistusten tunnistaminen (kivuttomat, kivuliaat), pre-eklampsian oireet
7	TH	E, (U)	30	Asiakkaan tarpeen mukaan, info mahdollisesta enenaikaisesta synnytyksestä
8	TH	E, U	32	Asiakkaan tarpeiden mukaan, perhevalmennuksessa esille tulleet kysymykset, imetys ja imetyksen merkitys, isyyden merkitys, seksuaalisuus loppuraskaudessa
9	TH	E, (U)	34	Asiakkaan tarpeiden mukaan, keskustelu tulevasta synnytyksestä, vauvan tarvikkeiden hankinta, info tutustumiskäynnistä synnytyssairaalaan, lapsen syntymän aikaansaamat muutokset perheessä, äidin mieliala
10	L	E, U	36	Asiakkaan tarpeiden mukaan, synnytyksen alkamisen merkit
11	TH	E, (U)	37	Asiakkaan tarpeiden mukaan, synnytyssairaalaan tehdyn tutustumiskäynnin herättämät kysymykset, synnytystä ennakoivat merkit ja lähtö synnytyssairaalaan, valmistautuminen vauvan syntymään, liiketarkkailuinfo, tukiverkko
12	TH	E, U	38	
13	TH	E, (U)	39	
14	TH	E, U	40	
15	TH	E, U	41 yliaikaisuus- seuranta	Info sairaalan yliaikaisuustarkastuksesta

Kerta	Tekijä	Synnyttäjä	Raskausviikko	Terveysneuvonta
16	TH	E, U	kotikäynti heti synnytyssairaalasta kotiuduttua	Synnytyskokemus, kohtu-, sectio-, välilihahaavahoito, rintatulehduksen oireet ja hoito, vauvanhoidon ohjaus (punnitus), imetysohjaus, vanhemmuuteen liittyvät asiat, äidin mieliala, <b>ravinto</b> , liikunta, lepo, synnytyksestä palautuminen, parisuhde, seksuaalisuus, raskauden ehkäisy
17	L	E, U	jälkitarkastus 6 vk – 3 kk synnytyksestä	Raskauden ehkäisy, masennuksen tunnistaminen

Lyhenteet: TH = terveydenhoitaja, L = lääkäri, E = ensisynnyttäjä, U = uudelleensynnyttäjä



## Liite 2 Ravitsemuslomake



**TAMPERE**  
Hyvinvointipalvelut  
Avopalvelut

1 (2)

### ODOTTAVAN ÄIDIN / ISÄN RUOKATAVAT JA TOTTUMUKSET

Nimi \_\_\_\_\_

Päivämäärä \_\_\_\_\_

**Täytä lomake normaalien ruokailutottumustesi mukaan!**

#### Ateria-aikasi:

Aamupala Lounas Välipala Päivällinen Iltapala Muuta  
klo \_\_\_\_\_ klo \_\_\_\_\_ klo \_\_\_\_\_ klo \_\_\_\_\_ klo \_\_\_\_\_ klo \_\_\_\_\_

**Onko sinulla erityisruokavaliota?**

☐ Ei ☐ Kyllä, mitä \_\_\_\_\_

#### Mitä ruoka-aineita käytät?

##### 1. Maitovalmisteista

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> rasvaton maito               | <input type="checkbox"/> ykkösmaito                            |
| <input type="checkbox"/> kevyt maito                  | <input type="checkbox"/> kulutusmaito                          |
| <input type="checkbox"/> täysmaito (maatila-/ luomu-) | <input type="checkbox"/> piimä, mikä _____                     |
| <input type="checkbox"/> jogurtti, viili, mikä _____  | <input type="checkbox"/> en käytä maito- / hapanmaitotuotteita |

Maitojuoman käyttömäärä päivässä \_\_\_\_\_ lasillista <sup>6/8</sup>

**2. Juustomerkki, jota yleensä käytät** \_\_\_\_\_ ☒ kevyt ☐ tavallinen

Juuston käyttömäärä päivässä n. \_\_\_\_\_ siivua (höylällä)

##### 3. Rasvoista

- ☐ voi  
☐ jääkaappimargariini  
☐ talousmargariini  
☐ kevytlevite  
☐ öljy  
☐ muu

leivällä

☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐

ruuanvalmistuksessa

☐  
☐  
☐  
☐  
☐  
☐

##### 4. Lihavalmisteista

☐ lihaa ☐ kanaa ☐ kalaa

Lihavalmisteiden käyttömäärä päivässä \_\_\_\_\_ kertaa

**5. Viljavalmisteista**

- ☐ täysjyväleipä (ruis-, näkkileipä)  
☐ sekaleipä, hiivaleipä  
☐ valkea leipä (ranskanleipä, vehnäsämpylät)  
  
☐ kahvileipänä tavallinen pulla  
☐ muu kahvileipä,, mikä \_\_\_\_\_  
☐ \_\_\_\_\_-ryynejä / -hiutaleita puurona ja vellinä

Viljavalmisteiden käyttömäärä päivässä \_\_\_\_\_ siivua/ lautasellista

**6. Kasviksia ja vihanneksia** käytät noin \_\_\_\_\_ päivänä viikossa

Kasvien ja vihannesten käyttö on mielestäsi

- ☐ niukkaa                      ☐ keskinkertaista                      ☐ runsasta

**7. Marjoja ja hedelmiä** käytät noin \_\_\_\_\_ päivänä viikossa**8. Juomina** käytät noin \_\_\_\_\_ kertaa päivässä

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> vesi                       | <input type="checkbox"/> kivennäisvesi |
| <input type="checkbox"/> limonadi light/ tavallinen | <input type="checkbox"/> tuoremehu     |
| <input type="checkbox"/> muut mehut                 | <input type="checkbox"/> kahvi/ tee    |

**9. Makeisia, suklaata, chipsejä, suolapähkinöitä ym naposteluun**

- ☐ käytät \_\_\_\_\_ kertaa/ päivässä/ viikossa  
☐ en käytä ollenkaan \_\_\_\_\_

**10. Suolan käyttö** on mielestäsi

- ☐ niukkaa                      ☐ keskinkertaista                      ☐ runsasta

**11. Käytätkö lisäravintovalmisteina**

- ☐ vitamiineja                      ☐ kivennäisainevalmisteita                      ☐ luontaistuotteita  
☐ muuta. Kuinka usein käytät? \_\_\_\_\_ päivässä/viikossa  
 Minkä nimisiä valmisteita käytät? \_\_\_\_\_

**12. Ruokavalioon liittyvien ongelmien esiintyminen**

- |                                      |                                       |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> närästys    | <input type="checkbox"/> pahoinvointi |
| <input type="checkbox"/> turvotus    | <input type="checkbox"/> ummetus      |
| <input type="checkbox"/> muuta _____ |                                       |

**Jatkosuunnitelma**

(terveydenhoitajan merkintöjä varten)

### Liite 3 Litterointimerkit ja niiden selitykset

Lähteet: Seppänen 1997, Ruusuvuori 2010b

[	päällekkäispuhunnan alku
]	päällekkäispuhunnan loppu
(.), (0.4)	mikrotauko tai mikrotaukoa pitempi tauko; pituus sekunnin kymmenesosia (itse litteroimassani aineistossa (.) tarkoittaa yleisesti lyhyttä taukoa, pidemmät tauot ilmoitettu numeroina)
e::i	äänteen venytys
.hhh	sisäänhengitys
hhh	uloshengitys
j(h)oo	Suluissa oleva h sanan sisällä kuvaa uloshengitystä, useimmiten kyse on nauraen lausutusta sanasta
£joo£	hymyillen sanottu sana tai jakso
he he	naurua
(sitten)	sulkeiden sisällä epäselvästi kuultu jakso tai puhuja
(-)	sana, josta ei saatu selvää
(---)	pitempi jakso, josta ei saatu selvää
(( ))	kaksoissulkeiden sisällä litteroijan kommentteja ja selityksiä tilanteesta

## **Liite 4 Ravitsemuksesta raskauden ja imetyksen aikana**

Lähde: Tampereen kaupunki. Ravitsemuksesta raskauden ja imetyksen aikana.

<http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/erikoisvastaanotot/ravitsemus/raskaus.html> (Päivitetty 11.1.2010)

### **Ravitsemuksesta raskauden ja imetyksen aikana**

Raskauden ja imetyksen aikana on hyvä syödä monipuolisesti ja riittävästi. Näin turvataan lapsen ja äidin hyvinvointi. D-vitamiinilisää suositellaan kaikille talvikautena lokakuusta maaliskuuhun.

Kalan, munan, maidon, sitrushedelmien ja muiden allergisoivien ruoka-aineiden välttämisestä raskauden ja imetyksen aikana ei ole osoitettu olevan hyötyä lapsen allergioiden ehkäisyssä.

#### **Erityissuosituksia**

**Pääruokana syötäviä maksaruokia** (esim. jauhemaksa- ja maksapihvit, maksakastike, maksalaatikko) vältetään koko raskauden ajan korkean A-vitamiini- ja raskasmetallipitoisuuden vuoksi.

**Maksamakkaraa ja –pasteijaa** raskauden aikana voi syödä enintään 200 grammaa viikossa, kerralla ei tulisi syödä enempää kuin 100 grammaa. Jos maksamakkaraa tai –pasteijaa syödään päivittäin, sitä tulisi syödä enintään 30 grammaa päivässä.

**Liha, broileri ja kala** tulee aina kypsytettyä hyvin (kauttaaltaan +70° C:ksi) bakteerinfektioiden ehkäisemiseksi.

Kala-aterioita voi syödä 2-3 kertaa viikossa vaihdellen valtameri- ja sisävesikaloja, kuten kasvatettua kirjolohta ja taimenta, siikaa, muikkua, puna-ahventa ja seitiä. Seuraavien kalojen käyttöä kehoitetaan rajoittamaan ympäristösaasteiden takia:

- ei lainkaan haukea raskauden ja imetyksen aikana
- Itämeren isoa yli 17 cm:n silakkaa ja Itämeren lohta voi syödä korkeintaan 1-2 kertaa kuukaudessa dioksiinien ja PCB:n takia
- rajoitetusti sisävesien suuria ja vanhoja petokaloja (ahven, kuha, made)

**Tyhjiöpakattua, graavisuolattua, kylmäsavustettua kalaa ja mätää** vältetään listeriavaaran takia raskauden aikana.

**Vihannekset ja juurekset** tulee pestä ja kuoria listeriainfektion ehkäisemiseksi raskauden aikana.

**Ulkomaiset pakastevadelmat** tulee kuumentaa kiehumispisteeseen 2 minuutin ajan ennen käyttöä Noro-virusinfektiovaaran takia.

**Pastoroimatonta maitoa** ja siitä valmistettuja juustoja sekä pehmeitä juustoja kuten **home-ja**

**tuorejuustoja** ei suositella kuumentamattomana listeriavaaran vuoksi raskauden aikana.

Makeutusaineista **sakariinin ja syklamaatin** käyttöä ei suositella raskauden ja imetyksen aikana. Aspartaami, asesulfaami ja sukraloosi ovat sallittuja.

**Lakritsin ja salmiakin** säännöllistä käyttöä ei suositella (kerta-annos alle 50 grammaa) korkean glykyrritsiinipitoisuuden takia. Se voi aiheuttaa mm. turvotusta ja verenpaineen nousua raskauden aikana.

**Kahvia** enintään 3 kupillista päivässä. Kofeiinin saanti ei saa ylittää 300 milligrammaa vuorokauden aikana. Rajoitus on huomioitava myös muiden kofeiinipitoisten juomien, kuten kola- ja energiajuomien käytössä raskauden ja imetyksen aikana.

**Korvasieniä** ei suositella käsittelystä huolimatta raskauden eikä imetyksen aikana.

**Pellavansiemeniä** ei ole syytä käyttää niiden sisältämien haitta-aineiden, kadmiumin ja syaanivedyn takia raskauden ja imetyksen aikana.

Erilaisten **rohdosvalmisteiden ja yrttiteen** käyttöä on hyvä välttää kokonaan, koska ei ole riittävää tietoa niiden turvallisuudesta raskauden ja imetyksen aikana.

**A-vitamiinia** sisältäviä vitamiini- tai rohdosvalmisteita ei suositella raskauden aikana mahdollisten haittavaikutusten takia.

Raskauden ja imetyksen aikana ei ole syytä käyttää **merilevävalmisteita**, jos ei tiedä niiden jodipitoisuutta. Jodin liikasaanti on haitallista kilpirauhasen toiminnalle ja sikiön kasvulle.

**Alkoholin käyttöä ei suositella** raskauden aikana. Täysin turvallista käyttömäärää ei tiedetä.

**Alkuraskauden pahoinvointiin** voit kokeilla pieniä, tiheitä aterioita ja viileitä ruokia. Vältä kovin mausteisia ja rasvaisia ruokia.

**Muistathan käsien pesun ennen ja jälkeen ruoanlaiton sekä aina ennen ateriaa!**